L'INFORMATEUR

des Aliénistes

ET

des Neurologistes

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/desalienistesetd0000unse

L'INFORMATEUR

des Aliénistes

ET

des Neurologistes

(Supplément mensuel de *l'Encéphale*)

Journal d'Informations, d'Intérêts professionnels et d'Assistance.

Directeur : A. ANTHEAUME

Tome IV — 4e année (1909)

H. DELARUE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS
5, *rue des Grands-Augustins, 5*
PARIS (VIe)

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES CONTEMPORAINS

LE PROFESSEUR ERB
(d'Heidelberg

H. DELARUE & Cie, Editeurs
Paris

4e Année N° 1 25 Janvier 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le docteur Fritz Eichelberg est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Adalbert Gregor est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Facultés et écoles françaises

Université de Paris. — M. le docteur Henri Français est délégué dans les fonctions de chef de clinique adjoint des maladies du système nerveux à la Salpêtrière.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement de décembre 1908

M. le docteur Girma est admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur-médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés.

M. le docteur Guiard, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le docteur Cornu, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Marseille, est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le docteur Danjean, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Marseille.

Distinctions honorifiques

C'est avec plaisir que nous relevons dans la promotion de janvier de

la Légion d'honneur du ministère de l'intérieur, la décoration du sympathique docteur J. Voisin, médecin de la Salpétrière.

On sait que depuis plus de vingt-cinq ans aucun médecin des quartiers d'hospices d'aliénés de Paris n'avait reçu le ruban rouge [1].

M. le docteur Charpentier, médecin aliéniste de la Salpétrière, est nommé médecin honoraire du service des aliénés des hospices de Paris.

Médailles d'argent de l'Assistance publique : Mme Coffinet Eulalie, en religion sœur Rose de Viterbe, surveillante générale de l'asile d'aliénés de Tours (Indre-et-Loire) ; Mme Dibs (Hélène), en religion sœur Martin, surveillante en chef des malades et des services généraux à l'asile d'aliénés de Tours ; Mme Verna (Louise), infirmière à l'asile d'aliénés de Tours.

Médailles de bronze de l'Assistance publique : Mmes Corbel, Castel-Lebrun et Mlle Boucherie, surveillantes en chef, Mlle Boyer sous-surveillante et Mlle Ahee, préposée de classe exceptionnelle à l'asile d'aliénées de Maison-Blanche (Seine-et-Oise).

NOUVELLES

Hommage au professeur Raymond

Le roi de Portugal vient de rendre un délicat hommage à la science française en conférant au professeur Raymond la haute distinction de commandeur de l'ordre de San-Iago, la plus notoire des décorations portugaises.

Le concours d'adjuvat de 1909

Ce concours s'ouvrira au ministère de l'intérieur, place Beauveau, le 1er février 1909 ; le nombre des candidats inscrits s'élève à trente-six.

Académie de médecine

L'Académie de médecine de Paris a décerné, en 1908, les prix suivants concernant la psychiatrie et la neurologie :

Prix Baillarger (2 000 francs). — Le docteur A. Rodiet, médecin en chef de la colonie de Dun-sur-Auron (Cher) : « Contribution à l'étude de l'organisation des asiles d'aliénés ; le personnel infirmier des asiles. »

Prix Henri Lorquet (300 francs). — Le docteur R. Benon, de Paris : « Étude clinique et médico-légale des amnésies traumatiques et organiques ».

Mention honorable. — Le docteur A. Delmas, de Paris : « La mort avec ictus dans la paralysie générale. »

1. Voir à ce sujet *l'Informateur*, n° 1, janvier 1908, p. 13.

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3 000 francs). — Le docteur Albert Deschamps, de Riom : « Les maladies de l'énergie ; les anesthésies générales, etc. »

Mentions très honorables :

Le docteur Beni-Barde, de Paris : « La neurasthénie ; les vrais et les faux neurasthéniques. »

Le docteur François Moutier, de Paris : « L'aphasie de Broca. »

Prix Civrieux (800 francs). — Le docteur Vladoff, à Sophia (Bulgarie).

Prix Saintour (4 000 francs). — Mentions honorables : Le docteur E. Apert, médecin des hôpitaux de Paris : « Maladies familiales et maladies congénitales. »

Les docteurs Léopold Lévi et Henri de Rothschild, de Paris : « Étude sur la physio-pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse. »

Prix Apostoli (600 francs). — Le docteur A. Laquerrière, de Paris : « Travaux sur l'électro mécanothérapie. »

Prix Desportes (1 300 francs). — Les docteurs L. Jacquet, médecin des hôpitaux, et P. Jourdanet, de Paris : « Étude étiologique, pathogénique et thérapeutique de la migraine. »

Prix Tarnier (4 500 francs). — Le docteur A Couvelaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris : « Hémorragies bulbo-médullaires consécutives aux applications de forceps. »

Académie des sciences

Prix Lallemand (1 800 francs). — Parmi les prix décernés en 1908, l'Académie des sciences de Paris a attribué ce prix au docteur G. Pagano, privatdocent à la Faculté de médecine de Palerme, pour l'ensemble de ses recherches sur le système nerveux.

Asiles d'aliénés de Bailleul et d'Armentières

Le lundi 22 février 1909, à neuf heures précises, il sera ouvert à la Faculté de médecine de Lille un concours public pour la nomination à quatre places d'interne en médecine et à cinq places d'interne provisoire des asiles publics d'aliénés de Bailleul et d'Armentières.

Sont admis au concours les étudiants en médecine possédant au moins dix inscriptions de doctorat dans une faculté ou une école de médecine de l'État.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes à la préfecture du Nord : 1° expédition de l'acte de naissance ; 2° extrait du casier judiciaire ; 3° certificat de revaccination datant de moins de trois années ; 4° certificat délivré par le doyen de la Faculté ou le directeur de l'École dans laquelle le candidat a fait ses études médicales constatant au moins dix inscriptions ; 5° certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune ou autre magistrat qualifié (ce certificat ne doit pas avoir plus d'un mois de date).

Les fonctions des internes titulaires durent trois années et celles des internes provisoires jusqu'au concours suivant, auquel ils peuvent, d'ailleurs, se représenter dans les conditions exigées. Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury entrent en fonction à la date fixée dans leur arrêté de nomination.

A l'expiration de leurs fonctions, les internes reçus docteur en médecine et se destinant à l'adjuvat des asiles, peuvent être autorisés par décision préfectorale, sur la proposition du directeur, et après avis favorable du médecin-chef de service et de la Commission de surveillance à faire une quatrième année d'internat.

Les traitements alloués à MM. les internes sont fixés ainsi qu'il suit :

Première année, 800 francs; deuxième année, 900 francs; troisième année, 1 000 francs; quatrième année 1 200 francs.

Les avantages en nature sont le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage.

Internat des asiles de la Seine

Des conférences pour l'internat des asiles de la Seine seront faites par M. R. Benon, interne à la clinique des maladies mentales. La première conférence a eu lieu à l'Asile clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, le jeudi 15 janvier, à quatre heures.

La fabrication et la vente des absinthes en France

L'article de la loi de finances pour 1909 relatif aux absinthes a tenu le record dans la discussion du budget devant le Parlement français; disjoint à deux reprises par le Sénat, il a été chaque fois rétabli par la Chambre des députés qui finalement pour donner satisfaction à un certain nombre de sénateurs désireux de sauvegarder les intérêts des industriels atteints par la prohibition des absinthes à un degré inférieur à 65° a ajouté un paragraphe ainsi conçu :

« Toutefois, des absinthes ou similaires d'un degré alcoolique inférieur à 65° pourront être fabriquées et pourront être détenues par les fabricants, à charge d'exportation. »

Sous la réserve que le vote de tout l'article n'apportera aucune entrave aux propositions ultérieures qui pourront être présentées relativement à la question de l'absinthe, le Sénat a adopté les propositions de la Chambre des députés et la loi de finances 1909 devenue ainsi définitive a été promulguée au *Journal officiel* du 27 décembre 1908.

L'absinthe dont le titre est inférieur à 65° continuera donc à être fabriquée en France, mais elle ne pourra être vendue que pour l'exportation.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Moreau, de Tours, médecin de la maison de santé Esquirol à Ivry (Seine).

M. le docteur Cortyl, directeur médecin honoraire de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord).

M. le docteur N. Popov, professeur de neurologie et de psychiatrie à la Faculté de médecine de Tomsk.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de neurologie

SÉANCE DU 7 JANVIER 1909

La séance débute par une courte allocution de M. *Achard*, élu président, qui remercie la Société et rappelle le deuil récent qui l'a frappée, en évoquant le souvenir du professeur Joffroy.

Méningo-myélite chronique syphilitique apparue trente ans après le chancre infectant. — MM. *Brissaud* et *Bauer* présentent un malade atteint de méningo-myélite chronique syphilitique. Cet homme, âgé de cinquante-deux ans, a contracté un chancre syphilitique à vingt et unans, a été soigné pendant quelques semaines et a bientôt cessé tout traitement. Pendant trente ans, il ne s'est plaint d'aucun trouble morbide; mais depuis un an il ressent quelques douleurs dans les membres inférieurs et a de l'incontinence d'urine. Actuellement, les signes de méningo-myélite chronique sont nets, bien que peu accusés. Le liquide céphalo-rachidien présente une formule leucocytaire un peu particulière : les polynucléaires et lymphocytes sont en nombre presque égal, ceux-ci un peu plus nombreux que ceux-là.

DISCUSSION. — M. *Dejerine* a observé un malade qui eut un chancre à seize ans et chez lequel survint un tabes avec maux perforants vers l'âge de soixante ans.

M. *Babinski* a vu un tabes débuter cinquante ans après le chancre.

M. *Dufour* a publié une statistique où il a recherché les troubles nerveux et les signes pupillaires chez les malades de son service ; il a constaté que quand les troubles nerveux surviennent tardivement, l'évolution de la maladie est bénigne et lente.

M. *Raymond* a observé un certain nombre de cas analogues; dans un cas où les douleurs fulgurantes ont apparu quarante ans après l'infection, la maladie a évolué très lentement.

M. *Bauer* rappelle que son malade n'est pas tabétique, mais qu'il a des phénomènes spasmodiques.

M. *Raymond* dit que c'est précisément dans ces cas avec symptômes spasmodiques survenant très tard, plus peut-être encore que dans les tabes, que la marche de la maladie est lente.

Maladie de Friedreich et hérédo-ataxie cérébelleuse dans une même famille. Maladie de Friedreich avec lymphocytose rachidienne. — MM. *Bauer* et *Gy* rapportent l'observation de deux malades, frère et sœur, tous deux atteints de troubles ataxiques; mais, tandis que les symptômes présentés par le frère semblent relever de l'hérédo-ataxie cérébelleuse, ceux que l'on observe chez la jeune sœur doivent être rattachés à la maladie de Friedreich. Ces fait atypiques, qui représentent les modalités différentes d'une même espèce morbide, sont aujourd'hui bien connus; mais il est exceptionnel de rencontrer dans une même famille deux modalités aussi distinctes.

Les auteurs attirent l'attention sur l'existence d'une grosse lymphocytose rachidienne chez la malade atteinte de maladie de Friedreich; c'est là un fait contraire à ce qui est habituellement signalé aussi bien dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse que dans la maladie de Friedreich.

Discussion. — M. *Raymond* a dans son service un homme et sa sœur atteints dans les mêmes conditions que les malades de M. Bauer. Il y a en effet toutes les formes de transition entre la maladie de Friedreich et les hérédo-ataxies.

M. *Richer* remarque que chez cette malade l'index est plus grand que l'annulaire. Féré a signalé autrefois dans les maladies nerveuses l'atrophie de la partie cubitale de la main. Quelles sont les proportions relatives des doigts à l'état normal? Les Égyptiens, les Grecs ont figuré les doigts du bord cubital très longs. Chez les modèles, on constate que tantôt l'index est plus long, tantôt que c'est l'annulaire. La diminution de longueur des doigts de la partie cubitale serait-elle une tare?

M. *Sicard* remarque chez la malade une esquisse de main bote; il a déjà observé cette déformation chez les sujets atteints de maladie de Friedreich.

Contractures et mouvements associés. — M. *Noïca* présente une malade qui vient à l'appui de la théorie qu'il a déjà émise à ce sujet.

Syndrome pseudo-bulbaire congénital et héréditaire. — MM. *Klippel* et *Pierre Weill* présentent un homme de cinquante ans chez lequel ils ont observé des troubles dysarthriques extrêmement marqués, qui rendent sa parole très difficile à comprendre, des troubles parétiques des lèvres, des joues, de la langue, des cordes vocales. D'autre part, il s'agit d'une débile, qui lit et compte très mal, qui ne sait pas écrire. Il n'y a ni atrophie musculaire, ni réaction de dégénérescence, ni abolition des réflexes dans la sphère des muscles parésiés. Il ne peut donc s'agir d'une lésion du nerf ni de ses cellules d'origine, bulbaires, mais bien d'un syndrome pseudo-bulbaire. Le point intéressant du cas en question est que ce syndrome est ici congénital et que, d'autre part, il est héréditaire : le père de notre malade, un oncle et sa tante paternels sont atteints du même syn-

drome. C'est le premier cas connu de syndrome pseudo-bulbaire héréditaire et congénital.

De la fièvre hystérique. — M. *Soca* a soumis à une critique sévère les observations publiées jusqu'à ce jour et apporte une observation personnelle. Les cas publiés peuvent se diviser en trois variétés : 1° les cas de fièvre produite par suggestion : aucun n'est probant; 2° les cas de fièvre chez les hystériques analogues à la fièvre infectieuse; aucun fait n'est démonstratif, il peut s'agir d'association morbide; 3° les cas de fièvre d'origine névropathique. C'est à cette catégorie qu'appartient le cas de l'auteur : il s'agit d'une malade ayant eu des signes d'appendicite, chez laquelle la température est montée à 45°. Il y a quelques observations authentiques de ces *fièvres extravagantes*, souvent l'élévation de température est de 45° d'un côté, tandis que de l'autre on observe 37°. Les hyperthermies de ce genre ont été observées chez des sujets atteints à la fois de maladie infectieuse et de nervosisme.

Discussion. — Pour M. *Babinski*, le mot de fièvre ne convient pas à ces cas; il s'agirait d'hyperthermie locale. Y a-t-il relation entre l'hystérie et ces faits? Existe-t-il réellement des faits de cet ordre? Doit-on les attribuer tous à de la simulation? Les supercheries sont nombreuses, l'ingéniosité des malades est très grande. Il rapporte à ce propos le cas d'un soldat simulateur qui élevait sa température en introduisant dans son aisselle une pomme de terre chaude. S'il y a des cas de fièvre hystérique, ils devraient être classés parmi les phénomènes hystériques secondaires. En dehors des précautions habituelles pour dépister la simulation, M. Babinski conseille de ne jamais se servir de thermomètres à maxima.

M. *Soca* partage le scepticisme de M. Babinski. Il lui semble établi cependant qu'il y a quelques cas indiscutables. Son cas a été observé avec rigueur; il a vu l'accès se produire sous ses yeux ; Lombroso a publié un cas présentant tous les caractères d'une observation exacte. Dans son cas personnel, la température a monté et est descendue sous ses yeux; dans un autre cas, la malade était en léthargie, ce qui semble peu propice à la simulation.

M. *Meige* s'élève contre l'expression de fièvre hystérique. Les malades, en général, n'ont pas les phénomènes généraux qui accompagnent le processus fébrile. Il vaut mieux dire hyperthermie. Il demande : 1° s'il existe des cas où on ait observé des phénomènes généraux ; 2° si le cas de M. Soca est unilatéral ?

M. *Soca*. — Les phénomènes généraux ont manqué. La température a été constatée la même dans les deux aisselles.

M. *Raymond* a fait des recherches dans des cas d'hémiplégie, de contracture hystérique, et a constaté des abaissements de la température locale, probablement attribuables à la diathèse vaso-motrice. Il se rappelle une observation de médecins russes qui auraient reproduit la fièvre par suggestion et même des brûlures.

M. *Babinski* insiste sur la nécessité d'élucider les cas de ce genre, s'ils se présentent à l'observation.

Atrophie olivo et rubro-cérébelleuse. — MM. *P. Lejonne* et *J. Lhermitte* présentent les coupes microscopiques sériées d'un cas d'atrophie du cervelet caractérisé par : 1° l'atrophie de l'écorce du cervelet et des fibres qui en émanent ; 2° l'atrophie des noyaux dentelés et des pédoncules cérébelleux supérieurs ; 3° l'atrophie des olives bulbaires et des fibres olivo-cérébelleuses.

Il s'agit donc d'une atrophie systématique d'un type nouveau qu'on peut rapprocher de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse de Dejerine et Thomas, mais qui s'en distingue par l'intégrité de la voie ponto-cérébelleuse et par l'atteinte de la voie rubro-cérébelleuse, c'est-à-dire des noyaux dentelés et des fibres qui de ces noyaux gagnent le noyau rouge par la voie des pédoncules cérébelleux supérieurs.

Ponction lombaire et syphilis. — M. *Johanny Roux* envoie à la Société un mémoire intitulé *Ponction lombaire et syphilis.*

Syndrome pédonculaire. — M. *Zoqui* envoie une observation de *Syndrome pédonculaire.*

* * *

Le bureau de la Société de neurologie est ainsi composé pour l'année 1909 : président, Achard ; vice-président, A. Souques ; secrétaire général, Henry Meige ; trésorier, Sicard ; secrétaire des séances, Bauer.

Ont été élus : membre titulaire, Alquier ; membres correspondants nationaux : Courtellemont (d'Amiens), Cruchet (de Bordeaux) ; membres correspondants étrangers : F. X. Dercum (de Philadelphie), Parhon (de Bucarest), Italo Rossi (de Milan), Schmiergeld (de Loods), Catola (de Florence).

Paul Sainton.

Société médico-psychologique

SÉANCE DU LUNDI 28 DÉCEMBRE 1908

Deux cas de psychose hallucinatoire, par MM. *Séglas et Cotard.* — Il s'agit de deux malades qui ont présenté, le premier pendant douze ans, le second depuis environ un an et demi de multiples hallucinations (auditives, visuelles, motrices verbales, etc.). Ces hallucinations n'ont été accompagnées à aucun moment d'aucune conception délirante. Ces cas, dont M. Séglas a rapporté un exemple dans ses leçons cliniques, et qui se distinguent, soit par l'absence d'affaiblissement intellectuel de la confusion hallucinatoire, soit par l'absence de tout délire de la paranoïa aiguë, peuvent être rapprochés de ceux décrits par Farnarier sous le nom de psychose hallucinatoire.

M. *Arnaud.* — Peut-on conclure vraiment dans ces cas d'ailleurs très rares, à l'absence de tout délire ? Je ne le crois pas. Le fait seul d'exposer

cette richesse hallucinatoire, l'affirmation absolue de la réalité objective des hallucinations, cela mérite à mon avis le nom de délire.

M. *Séglas*. — C'est là une question de mots puisque l'hallucination est un délire. Il faut cependant noter ici que: 1° ces hallucinations diffèrent des hallucinations conscientes, les malades n'en reconnaissant pas le caractère subjectif; 2° les malades n'ajoutent pas à ces hallucinations le délire d'un persécuté, ils ne bâtissent pas, par-dessus, le délire interprétatif; 3° bien que ces hallucinations soient continuelles, le niveau intellectuel des malades n'a en aucune façon baissé.

Donc, en dehors de ces hallucinations, les malades n'ont pas de conceptions délirantes. Il est en outre intéressant de constater que nos malades n'ont ni démence, ni diminution de leur affectivité, alors que beaucoup d'auteurs soutiennent que les hallucinations s'accompagnent de démence.

Un cas de psychose polynévritique. — MM. *Dupain et Lerat* communiquent à la Société l'observation d'une malade de quarante ans qui, à la suite d'une année d'excès alcooliques répétés, présenta, en juillet 1907, des cauchemars, des fourmillements et de l'engourdissement des membres inférieurs. Cet état s'aggrava rapidement. La marche devint impossible. La confusion mentale, l'amnésie de fixation surtout marquée pour les chiffres et accompagnée d'une légère diminution de la mémoire d'évocation, les hallucinations visuelles, le gâtisme transitoire s'accompagnèrent des symptômes moteurs, sensitifs et trophiques et de polynévrite des membres inférieurs avec rétraction fibro-tendineuse. Cet état s'améliora ensuite lentement. Actuellement, il ne persiste plus qu'une amnésie légère; les mouvements des membres inférieurs sont redevenus normaux comme amplitude et comme force, et seule la rétraction de la jambe droite rend la marche impossible.

Enfin, chez cette malade, qui ne présente ni paralysie générale associée ou non au tabes, ni myélite, la ponction lombaire a démontré l'existence d'une lymphocytose rachidienne moyenne et cette lymphocytose, très rarement observée dans les cas de ce genre, donne un intérêt particulier à l'observation de MM. Dupain et Lerat.

*
* *

Le bureau de la Société est ainsi composé pour l'année 1909 : président, Legras; vice-président, Arnaud; secrétaire général, Ritti; secrétaires des séances, Dupain et Vigouroux; trésorier, Pactet.

Ont été élus : membre titulaire, M. de Clérambaut, et associé étranger, M. Carlos Jeras (de Rio de Janeiro).

René Charpentier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le recrutement des médecins d'asiles en Belgique

Il y a deux ans[1], à la suite d'un rapport instructif de notre distingué confrère et ami le professeur Crocq, nous avons cru devoir attirer l'attention de nos lecteurs sur la situation morale et matérielle des médecins aliénistes belges. Depuis cette époque, loin de s'améliorer, cette situation semble devenue encore plus précaire et plus préjudiciable aux intérêts bien compris des malades et des médecins.

Voici ce que m'écrit à ce sujet un de nos confrères de Belgique, qui a bien voulu répondre à une demande de renseignements que je lui ai récemment adressée.

Le 16 décembre 1908.

MON CHER CONFRÈRE,

Le médecin d'asile en Belgique ne se recrute d'aucune façon spéciale.

C'est toujours la fantaisie du propriétaire d'asile qui domine tout. Nous pouvons dire qu'aucun médecin belge ne doit sa situation à sa valeur comme psychiatre. Jamais, en effet, le gouvernement et les propriétaires d'asiles n'ont demandé à un concours ou aux travaux scientifiques antérieurs, aux études spéciales de nos confrères, la base de leurs nominations.

On ne s'inquiète pas non plus de ce que les postulants ont été antérieurement adjoints dans un asile ou non. Cependant, on n'ose plus tout à fait, comme jadis, nommer le médecin le moins offrant, souvent celui du village, qui acceptait cette place comme une cause de bénéfices un peu plus élevés que ceux dus à sa clientèle misérable. Mais il n'y a aucune règle précise aux nominations.

Une fois on nomme un médecin de valeur, une autre fois on nomme une personne protégée et bien en cour, une autre fois on nomme le plus inoffensif, d'autres fois encore, et ceci lorsque l'on n'est pas bien certain du médecin que l'on veut faire nommer (notamment lorsqu'on a peur qu'il fasse des réformes capables de diminuer les bénéfices du propriétaire de l'asile), on ne le nomme que pour cinq ans.

Je ne citerai pas les noms de l'asile, du propriétaire et des médecins en cause, car les personnes importent peu en l'occurrence, le point est tout.

Mais ce qu'il y a de plus violent, c'est qu'il s'est trouvé un ministre de la justice pour dire que cette mesure est légale.

Voici l'extrait du *Moniteur*, séance du mardi 18 août 1908, p. 724.

« M. RENKIN (le ministre de la justice) :

« *Question* posée par M. Delbastie, au sujet de l'arrêté ministériel en

1. *L'Informateur*, n° 11, p. 334, 1907.

date du 30 mars 1908, qui nomme trois médecins d'asiles d'aliénés à titre temporaire pour cinq ans.

« *Réponse :* La mesure qui fait l'objet de la question de M. le représentant Delbastie ne constitue pas une innovation, ni une règle. Elle est légale et a été prise sur la proposition du propriétaire de l'asile, d'accord avec les médecins présentés et sur avis favorable des diverses autorités. »

Or, Wauters dans ses commentaires des lois belges, dit précisément tout le contraire. Il n'est pas séant, en effet, que le médecin soit placé ainsi sous la férule du propriétaire. Celui-ci est, en effet, intéressé à ce que son exploitation lui rapporte. Donc, le jour où le médecin diminuera les bénéfices de son œuvre capitaliste, le médecin sera remercié. On ne le représentera plus dans cinq ans.

Or, le médecin d'asile privé pour indigent est la seule personne qui puisse surveiller, pour le compte du gouvernement, ce qui se passe dans ledit asile. Et ce médecin est nommé à titre temporaire, et ce médecin est payé par le propriétaire de l'asile !

Remarquez en outre que le gouvernement à Mons, à Tournai, à Gheel, que la province de Liége à Lierneux, font des nominations à titre définitif jusqu'à soixante-sept ans, là où le contrôle des autorités publiques est constant et en tous cas bien plus efficace que dans les asiles privés ; là le médecin est plus indépendant, mieux payé, assuré d'une pension, et nommé jusqu'à soixante-sept ans. Comprenne qui pourra ! Quant à moi, je répéterai avec le docteur Masoin, professeur à l'Université de Louvain : « La loi sur les asiles d'aliénés en Belgique fléchit devant les immenses intérêts privés qui sont intéressés à l'exploitation des asiles. »

Il y a, en Belgique, une cinquantaine d'asiles d'aliénés, pas moins de quarante-deux asiles privés, et encore les deux asiles de l'État, à Mons et à Tournai sont exploités pour la nourriture et les soins infirmiers en sous-ordre, par des particuliers qui ont 90 centimes par jour pour cela.

Ce que je puis affirmer, c'est qu'en Belgique, il n'y a pas d'organisation de l'assistance des aliénés, il y a la désorganisation la plus complète. On n'est pas certain aujourd'hui que ce qui est vrai pour le moment le restera demain. Celui qui, par son mérite, espère arriver à une place, se verra supplanter par un inconnu en psychiatrie.

Dès qu'une mesure paraît trop coûteuse pour les propriétaires d'asiles, telle la garde de nuit dans toutes les salles, le gouvernement la rapporte. Il n'agit qu'en faveur des propriétaires et pas des malades.

Et si un ministre osait porter la main sur la désorganisation actuelle, dès le lendemain il serait remercié. Les ministres passent a-t-on dit, et les bureaux restent ; on peut ajouter et les propriétaires d'asiles restent aussi !

Voilà la situation, mon cher confrère et les propriétaires sont si puissants qu'à peine dix médecins osent parler contre eux et encore, parmi ces dix, il y en a un ou deux qui orientent leur barque suivant qu'ils prévoient que les propriétaires ou les autorités resteront maîtres de la situation.

Cela prouve qu'il y a beaucoup de besogne à réaliser chez nous.

Veuillez agréer, etc. Dr X...

Citons, maintenant un second document, un document officiel, qui se rapporte à l'innovation du système des nominations de médecins d'asiles *à court terme*; c'est l'unanime protestation des membres de la Société belge de neurologie au sujet de cette pratique déplorable :

A Monsieur le Ministre de la justice

Monsieur,

Depuis sa fondation, qui remonte déjà à douze années, la Société belge de neurologie, s'est occupée d'élever progressivement le niveau scientifique des médecins aliénistes et neurologistes. Grâce à la publication de ses Annales, grâce à la création de congrès annuels, cette société a suscité, dans notre pays, un mouvement scientifique des plus remarquable. Parmi les travaux émanant de la Société belge de neurologie, un certain nombre ont eu pour but : l'amélioration de l'assistance des aliénés et, en particulier, l'amélioration du service médical des asiles. L'unanimité règne parmi les auteurs pour déclarer que le médecin d'asile doit posséder une situation absolument indépendante de la direction administrative de l'établissement. Cette indépendance, reconnue nécessaire par la loi sur le régime des aliénés, a été déclarée insuffisante par un grand nombre d'hommes autorisés, parmi lesquels nous rappellerons MM. Bergeron et Lejeune. Ces protestations n'ont pas, jusqu'à présent, été prises en sérieuse considération; il s'agissait de modifications indispensables dans le mode de nomination des médecins, dans la fixation de leurs émoluments, dans la délimitation exacte de leurs attributions, etc., etc., modifications facilement réalisables, qui constituent dans tous les pays civilisés la base de l'organisation médicale des asiles.

Jusqu'à présent, l'attitude du gouvernement n'était qu'indifférente; on devait en conclure que les autorités préféraient le *statu quo*, plutôt que de toucher à l'édifice vermoulu et suranné qu'est notre régime des aliénés.

Aujourd'hui, il n'en est malheureusement plus ainsi : un récent arrêté ministériel, daté du 30 mars 1908, décide de nommer *temporairement*, pour une durée de cinq ans, trois médecins d'asile. Jusqu'à présent, le médecin d'asile était nommé à vie; on n'exigeait de lui que l'engagement de démissionner à l'âge de soixante-sept ans. Il possédait par le fait de sa nomination à vie une *certaine* indépendance.

L'arrêté du 30 mars dernier supprime d'un trait de plume le dernier vestige de cette indépendance : devant être renommé au bout de cinq ans, le médecin devient l'employé servile de la direction.

Cette mesure a profondément ému les membres de la Société de neurologie, qui, réunis le 30 mai dernier, ont décidé, à l'*unanimité*, de soumettre à M. le ministre de la justice les considérations suivantes :

1° Le médecin est la seule personne qui puisse, dans un asile, faire convenablement respecter les règlements édictés par la loi, lui seul aussi peut tirer parti des progrès de la thérapeutique et de l'hygiène mentale et morale, progrès qui assurent actuellement une guérison plus rapide et plus complète ou tout au moins une amélioration plus certaine chez les malades.

2° Ces traitements étant coûteux, exigeant une obéissance plus stricte et plus éclairée du personnel infirmier vis-à-vis des médecins, répugnent en général aux propriétaires d'asiles, qui voient ainsi augmenter leurs frais, sans espoir de voir augmenter leurs bénéfices.

3° Si les médecins d'asiles doivent ou peuvent même simplement être proposés par leurs propriétaires à l'agrément du ministre de la justice et cela *tous les cinq ans*, il devient évident que le médecin ne jouit plus de l'indépendance que la loi a désiré *formellement* lui assurer : il devient l'employé servile de la direction; il redoute de critiquer l'assistance des aliénés dans son asile; il n'a plus la liberté voulue pour signaler les abus qui peuvent se produire. Son indépendance l'exposerait, lui et sa famille, à être réduits à la misère.

4° Le gouvernement, en faisant des nominations temporaires, supprime donc totalement l'initiative, déjà si réduite, du médecin d'asile; il se prive volontairement d'un contrôle désintéressé et éclairé et livre l'asile et par conséquent les malheureux aliénés à l'exploitation des entrepreneurs de ce genre d'établissements.

En conséquence, la Société belge de neurologie, au nom des sciences psychiatrique et neurologique, au nom des sentiments d'humanité les plus élémentaires, au nom de la déontologie médicale, adresse un pressant appel à M. le ministre de la justice, pour qu'il revienne sur la mesure récemment ratifiée par lui; la Société exprime le vœu qu'à l'avenir aucune nomination ne pourra plus se faire à titre temporaire dans aucun asile privé. Seule, en effet, une nomination à vie assure aux médecins la liberté et la dignité nécessaires vis-à-vis des propriétaires d'asiles.

La Société belge de neurologie a décidé en outre d'adresser à la presse un appel pressant pour obtenir la publication de la présente protestation et en ce faisant d'appuyer de sa voix autorisée une réclamation qu'elle croit justifiée.

Espérant que vous voudrez bien donner suite à notre réclamation, nous vous prions, Monsieur le Ministre, d'agréer l'assurance de notre plus honorée considération.

Au nom de la Société belge de neurologie,

Le président, — *Le secrétaire général*,
Dr Bienfait. — Dr J. Crocq.

Souhaitons que ces justes protestations ne restent pas sans échos et qu'on renonce désormais à ce système étrange des nominations *à court terme* des médecins d'asiles; souhaitons surtout que les pouvoirs publics de l'industrieuse Belgique aient désormais une conception scientifique de ce que doivent être en l'an 1909 *l'assistance des aliénés et la situation des aliénistes.*

Les deux questions sont liées en effet, et c'est une erreur fondamentale de la part d'une administration que de ne pas mettre en œuvre les voies et moyens susceptibles d'assurer la meilleure sélection possible

du personnel médical : concours, situation morale et matérielle convenable, retraite, etc.

Et pour formuler notre appréciation avec quelque précision, nous dirons qu'en Belgique, comme en France, en Suisse, en Espagne, etc., la question d'améliorer la situation des aliénés est inséparable de celle du bon recrutement des aliénistes. A. A.

ASSISTANCE ET LÉGISLATION

La question des détenus atteints d'aliénation mentale pendant l'accomplissement de leur peine

Peu de problèmes sont aussi controversés que celui de l'assistance due aux aliénés ayant commis un crime. Il importe, si on désire aboutir, de ne pas perdre de vue qu'il s'agit, non pas d'une classe unique, mais de catégories multiples. Les articles récemment parus de MM. Schwandner et Staiger[1], dont nous désirons entretenir nos lecteurs, ne s'occupent que des criminels devenus aliénés pendant leur séjour en prison, ou du moins dont la maladie n'a été reconnue qu'après la condamnation.

Les auteurs sont, le premier, directeur de la prison de Ludwigsbourg, le second, médecin en chef de la section d'aliénés, annexée à cette prison depuis quelques années et destinée à recevoir les détenus des établissements pénitentiaires du royaume de Wurtemberg. Dans ce pays, après quelques tâtonnements, on adopta la solution suivante : organisation d'un petit quartier d'aliénés, prévu pour quelques dizaines de lits seulement, annexé à l'une des prisons du royaume, mais où des criminels transférés d'autres maisons de détention auraient également accès. Deux autres méthodes existent encore, on le sait, et il est précisément intéressant d'examiner pourquoi aucune de celles-ci ne fut choisie. D'après la première méthode, on conseille de construire des asiles relativement grands, spécialement destinés à ce genre de malades, desservant une région très étendue et recevant aussi bien les criminels reconnus aliénés avant la condamnation (et même avant l'audience) que ceux qui n'ont commencé à manifester des troubles mentaux qu'une fois écroués dans une prison (au début de leur peine au plus tard). Cette méthode paraît usitée surtout en Amérique, et les auteurs la croient défectueuse puisque la discipline est difficile à maintenir dans un milieu pareil si le nombre des sujets est trop élevé. La seconde méthode est celle qui se pratique en Prusse. Elle consiste en ceci, que tout prisonnier suspect

1. *Monatsschrift f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform.*, octobre 1908, p. 401 et 415.

d'aliénation mentale est soumis tout d'abord à une période d'observation dans une infirmerie annexée à la prison ; puis, s'il est reconnu réellement malade, transféré dans un asile ordinaire où il reste interné pendant toute la durée de sa maladie. Fait important : ce dernier séjour n'est pas compté pour la durée totale de la peine, et si le sujet guérit, on le réintègre dans sa prison. Deux inconvénients sont propres à ce système : les asiles ne sont pas adaptés à la surveillance des criminels et le seront de moins en moins, avec les progrès de l'opendoor et du non-restraint; il n'est pas juste que les mois ou les années passés par le criminel à l'asile ne lui soient pas défalqués de la totalité de sa peine. MM. Schwandner et Staiger se demandent, avec raison, croyons-nous, pourquoi un détenu doit être soumis à un autre régime s'il devient aliéné que s'il devenait tuberculeux ou cardiaque. L'organisation dont ils nous décrivent en détail le fonctionnement est remarquable par sa simplicité et par la façon élégante avec laquelle s'y trouvent aplanies des difficultés multiples.

Les formalités de transfert d'une prison du royaume dans le quartier d'aliénés dirigé par le docteur Staiger sont réduites au minimum. Les malades, qu'ils y soient en observation ou en traitement, voient leur temps de séjour décompté de la totalité de leur peine. D'autre part, toutes les mesures sont prises pour éviter les évasions et maintenir une discipline : c'est probablement pourquoi la direction est partagée entre le directeur administratif et le médecin en chef. Une fois guéri, le prisonnier est réintégré dans l'établissement d'où il est venu. Si, au contraire, la maladie paraît devoir devenir chronique, un recours en grâce peut être présenté à l'autorité supérieure, sur avis conforme du médecin, et en cas de décision favorable, le sujet est envoyé dans un asile ordinaire. Cette dernière mesure est également prise lorsque la durée de la peine se trouve terminée, mais que la folie continue encore son évolution.

Après avoir esquissé le côté administratif et judiciaire de la question, il n'est pas inutile de nous arrêter sur quelques points d'assistance proprement dite.

Le quartier d'aliénés a été d'abord organisé sur le modèle des services ordinaires, avec pourtant un nombre relativement grand de cellules d'isolement. Mais l'expérience a bientôt fait de montrer qu'il s'agissait de malades spéciaux, peu comparables à la population ordinaire des asiles. Il a fallu reconstruire les cellules pour empêcher, autant que possible, la détérioration du matériel ; contrairement aux théories modernes, une bonne partie des pensionnaires furent soumis au régime cellulaire ; le traitement par le repos au lit ne paraît avoir été appliqué que rarement ; le nombre des gardiens a été augmenté, et Staiger estime qu'il faut un infirmier, en moyenne, pour trois malades. En somme, il semble que les directeurs se virent obligés de prendre des précautions de plus en plus nombreuses pour éviter les conséquences des réactions violentes de leurs malades.

Nous devons nous arrêter, en terminant, sur les particularités cliniques notées par le docteur Staiger chez ses malades et dont nous mentionnerons les principales.

Un fait ressort tout d'abord de son étude, sur l'importance duquel on ne saurait trop insister ; c'est la rareté relative de la paralysie générale. La fréquence relative de la syphilis parmi la population des prisons est pourtant certaine, de même que celle de l'alcoolisme, et il est, par conséquent, légitime de supposer que cette rareté de la paralysie générale est due à l'absence de tout surmenage.

Parmi les autres maladies mentales, il nous faut mentionner la démence précoce, mais qui serait, d'après l'auteur, moins fréquente que ne l'admet Kraepelin. On sait, d'autre part, que ce dernier auteur ne croit pas beaucoup à la réalité de formes mentales spéciales à la détention cellulaire prolongée. Staiger ne se prononce pas nettement sur ce point, mais il mentionne l'existence de quelques particularités cliniques chez ses malades : apparition d'accès atypiques d'agitation avec hallucinations intenses ; idées délirantes de persécution ayant peu de tendances à évoluer vers une systématisation. Ces considérations doivent contribuer à nous rendre très circonspects avant de nous prononcer sur la simulation chez un détenu. Cette prudence est d'autant plus légitime que les récents travaux de Rudin et de Siefert, consacrés spécialement aux psychoses chez les prisonniers, montrent la fréquence de cas ne rentrant dans aucune des classifications actuelles.

On voit, en somme, que la question des détenus devenus aliénés reste encore ouverte, aussi bien au point de vue clinique que médico-légal et administratif.

HALBERSTADT.

Le médecin qui a délivré un certificat sur des faits relatifs à un procès ne peut pas déposer comme témoin

La chambre civile de la Cour de cassation s'est prononcée dernièrement sur un point qui n'avait pas encore, que nous sachions, été porté devant elle.

Aux termes de l'article 283 du Code de procédure civile, il est permis de reprocher tout témoin qui a donné un certificat sur des faits relatifs au procès (en l'espèce, demande en nullité de testament pour cause de démence). Se basant sur ce que cet article ne fait aucune distinction, les demandeurs en cassation, qui avaient reproché, devant la cour de Lyon, un des témoins, M. le docteur X..., par le motif qu'il avait délivré un certificat relatif au procès, se sont pourvus contre l'arrêt de cette cour, lequel avait déclaré le reproche mal fondé.

Dans son audience du 19 juin 1908, la Cour de cassation a cassé, pour violation de l'article 283 du Code de procédure civile, l'arrêt de la cour de Lyon qui avait refusé d'accueillir le reproche formé contre le médecin

ayant délivré à l'une des parties un certificat portant sur le fait même admis en preuve, sous prétexte que ce certificat, « destiné à être produit au conseil de famille convoqué en vue d'une instance projetée en interdiction » du testateur, avait été « fourni dans une contestation autre que celle dont la cour était saisie et ne pouvait, dès lors, être considéré comme ayant été donné sur des faits relatifs au procès actuel ».

L. PARROT.

VARIÉTÉS

L'OFFICIER DANS L'HYGIÈNE MENTALE DU SOLDAT [1]

PAR

E. RÉGIS

Professeur de Psychiatrie à l'Université de Bordeaux

MON COLONEL, MESSIEURS,

Lorsque, dans le programme des conférences qui vous sont faites cette année, vous en avez vu figurer une, sous ce titre étrange « Hygiène mentale », vous avez dû éprouver quelque étonnement. Ce doit être, en effet, la première fois qu'une causerie portant cette étiquette s'adresse à des officiers, et il est fort naturel, par suite, que vous vous soyez demandé ce que cela pouvait bien être et en quoi cela pouvait vous intéresser.

Je vous dois donc, tout d'abord, Messieurs, un mot d'explication.

Depuis que l'évolution sociale actuelle tend de plus en plus à individualiser l'être humain dans toutes les conditions où il se trouve placé, la nécessité s'est fait sentir, pour ceux qui ont mission de le diriger, de s'occuper non seulement de son état physique, mais aussi de son état psychique; non seulement de son corps, mais de son esprit.

Cette nécessité est apparue surtout en ce qui concerne le soldat. Vous en avez la preuve évidente dans certaines circulaires ministérielles récentes, tant en France qu'à l'étranger. A cet égard, je vous signale, de

1. NOTA. — Cette conférence, faite à l'École de Saint-Maixent, nous a été très aimablement communiquée par notre éminent collaborateur et ami le professeur Régis; elle répond à une orientation nouvelle dans les choses de l'armée et à ce titre mérite toute l'attention de nos lecteurs.

façon toute spéciale, la brochure d'un médecin major de l'armée italienne, le docteur Scarano, ayant pour titre : *L'officier dans l'instruction et l'éducation du soldat*. Elle commente et interprète, en excellents termes, une circulaire du commandant du X[e] corps d'armée italien, devenu ministre de la guerre, qui est une magnifique page de psychologie éducative des recrues.

La propagation de ce mouvement psychologique dans le domaine du dressage militaire provient non seulement de ce que, à l'heure présente, tout homme a droit à une culture de sa personnalité intellectuelle et morale ; non seulement de ce que cette culture doit s'effectuer, au régiment comme ailleurs, suivant certaines règles fixées par la pédagogie contemporaine, ainsi que vous l'a récemment montré mon distingué collègue de la Faculté des lettres de Bordeaux, M. Lapie ; mais encore et surtout de ce que l'armée moderne étant la réunion, au moment culminant de leur formation, de toutes les jeunes intelligences et de tous les jeunes corps dont se compose un peuple, il est de la plus haute importance, dans l'intérêt même de l'existence et de l'avenir de la nation, de s'occuper, à ce moment décisif, autant de ces intelligences que de ces corps. L'armée doit être une école d'hommes et de citoyens, en même temps qu'une école de soldats.

Mais il y a plus. La tâche de l'éducation intellectuelle et morale du soldat, qui incombe aujourd'hui au commandement, se double d'une tâche non moins importante et non moins difficile, celle qui vise son *hygiène mentale*.

Et cette tâche est d'autant plus importante que, tandis que les jeunes gens, au moment de l'incorporation, subissent une sélection physique sévère, leur état cérébral ne fait l'objet d'aucun examen particulier. A ce point de vue, bons et mauvais, normaux et anormaux, arrivent confondus entre les mains des chefs, à qui seuls incombe le soin de les étudier et de les dresser [2].

Le rôle de l'officier, dans l'hygiène mentale du soldat, est donc capital, puisqu'il comprend successivement : 1° l'examen psychologique de chacun des hommes placés sous sa direction (psycho-physiologie) ; 2° la distinction rationnelle des sains et des tarés (psycho-pathologie) ; 3° l'élimination des plus atteints parmi ces derniers et l'amendement des autres (psycho-thérapeutique).

Nous allons envisager rapidement ce rôle spécial de l'officier en ses trois parties successives.

Messieurs, l'examen psychologique du soldat par l'officier doit être pratiqué au point de vue individuel et au point de vue collectif, c'est-à-dire qu'il doit porter sur ce soldat pris en lui-même et pris en tant qu'élément d'une collectivité organisée.

Au point de vue individuel, cet examen est de tous points analogue à celui d'un maître vis-à-vis de chacun de ses élèves. Tous deux, d'ailleurs,

ne diffèrent pas, quant au fond, d'un examen médical proprement dit.

Il est actuellement beaucoup question d'instituer, pour chaque écolier, un carnet sanitaire. Il est aussi beaucoup question d'en instituer un pour chaque soldat[4]. Le premier, prélude obligé du second, sera évidemment très utile au moment du recrutement, pour l'exacte détermination de la santé psychique, aussi bien que physique, des conscrits et, par suite, pour le rejet de l'armée des individualités inadaptables et dangereuses.

En attendant cette création si désirable, l'officier fera bien d'établir, à l'aide de ses observations propres et de celles de ses subordonnés, le dossier de santé de tous ses hommes. Ce dossier, sur certains points plus spéciaux, serait, au besoin, complété par le médecin militaire, auquel il rendra maintes fois, en retour, les plus grands services.

Pour bien connaître un individu, il ne faut pas, Messieurs, se borner à l'envisager lui-même ; il faut encore étudier ses origines, son milieu, son existence antérieure.

La circulaire militaire italienne, dont je vous ai déjà parlé, insiste judicieusement sur ce point. Elle montre à l'officier la nécessité d'étendre son investigation à la famille du conscrit, à l'ambiance dans lequel il s'est développé, à son début dans la vie, au bilan de ses actes. Elle établit surtout que le soldat doit être considéré comme le produit non seulement d'une hérédité familiale, mais aussi d'une hérédité sociale.

La circulaire fait remarquer avec raison, à titre d'exemple, que les recrues provenant des grandes villes, où l'influence du milieu est particulièrement active, sont celles qui présentent le plus grand nombre de tarés, délinquants ou aliénés.

Le médecin major Uzac a constaté, de son côté, que les trois quarts du contingent des compagnies de discipline sont fournis par les ouvriers des villes ou des chantiers industriels[5]. On sait, par contre, que les campagnards sont, plus que les autres, sujets à la *nostalgie* de l'incorporation et par elle au suicide[1].

La circulaire appelle en outre, de façon spéciale, l'attention des officiers sur les soldats qui, avant leur entrée au régiment, ont commis des délits et subi des condamnations, les invitant à examiner soigneusement ces recrues, ainsi que les documents les concernant. « Ce n'est pas, dit-elle, une tâche facile que cette étude psychologique; mais elle est aussi indispensable pour l'appréciation de l'aptitude mentale au service, que la visite médicale pour l'appréciation de l'aptitude corporelle. »

On voit donc l'importance de l'examen psychique du soldat par l'officier.

Cet examen, pour avoir toute sa valeur, doit, comme nous l'avons dit, porter sur tous les points de nature à éclairer et à expliquer la personnalité du sujet : la famille, le milieu, l'éducation et l'instruction, la conduite et les actes passés, les maladies antérieures ; l'état actuel, physique, intellectuel et moral.

Le plan suivant, que j'ai proposé l'année dernière aux étudiants de la Faculté des lettres de Bordeaux, futurs maîtres de l'enseignement secondaire, dans un but analogue, pourra au besoin vous servir en vue de l'établissement du dossier sanitaire de chacun des soldats placés sous vos ordres.

PLAN POUR UN EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

I. Antécédents

1° Antécédents de famille.

2° Antécédents personnels. — *a*) *pédagogiques* ; *b sociaux* milieu profession, conduite, etc.) ; *c médicaux* tempérament, maladies, incidents de la vie).

II. État actuel

1° État physique. — Taille, développement, force ; santé générale ; état des sens ; vices d'organisation, malformations, stigmates ; maladies physiques.

2° État psychique. — Intelligence, instruction ; sentiments, caractère, tendances ; volonté, sensibilité ; stigmates (déséquilibration, instabilité, amoralité, impulsivité, inadaptabilité) ; maladies nerveuses et psychiques, alcoolisme.

En remplissant aussi complètement que possible ce cadre, vous aurez, Messieurs, une idée nette et précise de la valeur physiologique de chacun de vos hommes, tant au point de vue mental qu'au point de vue corporel.

Mais, vous ai-je dit, le soldat ne doit pas être étudié psychologiquement, comme une unité isolée ; il faut encore l'envisager comme constituant d'une collectivité organisée.

Les agglomérations d'individus en convivance étroite et permanente, comme les armées, ne saurait être comparées, Messieurs, aux agrégats humains purement fortuits et transitoires. Néanmoins, certains des caractères de la psychologie des foules se retrouvent dans les sociétés professionnelles, où domine aussi ce que Tarde a appelé si justement l'action intermentale, c'est-à-dire l'influence réciproque des individus les uns sur les autres, avec ses remarquables effets de contagion, de suggestion et d'impulsivité.

Si peu nombreuse que soit une réunion d'individus vivant en commun, elle constitue une collectivité et obéit à ses lois psychologiques. Une classe d'élèves, une section de soldats sont de petites collectivités ayant, tout comme les grandes, leur mentalité propre, leur moralité, leurs tendances, leurs composants actifs et leurs composants passifs, leurs meneurs et leurs menés, en dépit d'une direction hiérarchique qui n'existe point dans les multitudes momentanément groupées par le hasard[5]. Il est donc nécessaire qu'après avoir étudié l'homme dans le soldat,

l'officier étudie aussi en lui l'unité d'un groupement, c'est-à-dire la façon dont il s'adapte au bloc corporatif et le rôle qu'il y joue. Alors, mais alors seulement, son examen sera complet et lui permettra d'intervenir en connaissance de cause dans le classement psychologique de ses subordonnés et dans leur direction individuelle et collective.

* * *

Messieurs, l'examen psychologique que doit faire l'officier de tous ses soldats n'a pas seulement pour but de l'amener à les mieux connaître et à les mieux diriger ; il est destiné également à lui permettre d'opérer parmi eux une distinction rationnelle entre les normaux et les anormaux d'esprit, entre les sains et les malades.

Cette distinction a, en l'espèce, une importance capitale, car, par suite de l'absence de toute sélection mentale sérieuse à la revision et à l'incorporation, l'armée se trouve recevoir, ainsi que je vous l'ai dit, un assez grand nombre de tarés psychiques. On voit même parfois, chose étrange, des conscrits ayant fait un séjour dans un établissement d'aliénés être acceptés à l'aveugle, sans que l'autorité militaire ait, en quoi que ce soit, connaissance de ce précédent fâcheux[6]. Vous voyez quelles peuvent être et quelles sont en réalité les dangereuses conséquences d'une pareille situation.

C'est donc, Messieurs, à l'officier qu'incombe la tâche délicate d'opérer un triage dont la nécessité s'impose et de dépister, parmi ses hommes, ceux dont le cerveau est défectueux. Pour accomplir cette tâche, il doit forcément posséder quelques notions de psychiatrie courante, particulièrement celles qui concernent le soldat.

Je voudrais, comme préparation à la lecture d'ouvrages spéciaux, vous exposer ici très brièvement, en quelques mots, les principales de ces notions.

De tous ces états psychopathiques les plus fréquents, chez le soldat, sont les infirmités d'évolution, c'est-à-dire les *dégénérescences*[7]. En 1903 et 1904, sur un total de 1088 et 1097 réformes opérées pour trouble mental dans l'armée française, on trouve 194 et 158 cas d'imbécillité[8]. Encore faut-il remarquer que beaucoup d'autres dégénérés, moins atteints ou moins apparents, ont été méconnus, sans compter ceux qui figurent dans la statistique sous des rubriques diverses, en particulier sous celles d'épilepsie et de neurasthénie.

La dégénérescence se présente, chez le soldat, à l'état simple ou compliqué. Simple, elle peut affecter tous les degrés, depuis le plus léger, celui des désharmonies psychiques, qui comprend les *déséquilibrés*, les *originaux*, les *excentriques*, jusqu'au plus profond, celui de l'*imbécillité* et de l'*idiotie*, en passant par le degré intermédiaire des dégénérés moyens ou dégénérés proprement dits, où se trouvent les *arriérés*, les *faibles d'esprit*. Compliquée, elle peut s'accompagner des manifestations névropathiques

ou psychopathiques les plus diverses : *alcoolisme*, *épilepsie*, *hystérie*, *neurasthénie*, *obsessions*, *impulsions*, *démence précoce*, etc.

Simple ou compliquée, la dégénérescence ne perd jamais ses droits. Elle se révèle toujours par un ensemble de malformations et de déviations physiques et psychiques, auxquelles on a donné le nom de *stigmates*.

Un individu porteur, en tout ou partie, de cet ensemble de vices d'organisation, est sûrement un dégénéré et, dans beaucoup de cas, avec un peu d'attention et d'habitude, vous pourrez sûrement l'identifier.

Mais, Messieurs, le dégénéré peut présenter en même temps une de ces complications que je vous indiquais tout à l'heure, et qui aggravent singulièrement son état mental.

Passer en revue et vous décrire successivement toutes ces complications, tous ces syndromes morbides serait ici un hors-d'œuvre inutile. Il me suffit de vous les signaler. J'appellerai simplement votre attention sur quelques points particuliers.

Le premier, c'est la fréquence, chez les soldats dégénérés, de la *fugue impulsive*, appelée encore « automatisme ambulatoire », « dromomanie ». La fugue, dans l'armée, donnant lieu à l'absence illégale et à la désertion, vous comprenez, Messieurs, l'importance qu'il y a pour vous à savoir qu'elle peut être et qu'elle est souvent l'expression d'un état pathologique d'une propulsion irrésistible [10]. Ne vous hâtez donc point de livrer aux rigueurs des règlements militaires tous ceux de vos hommes qui s'enfuient ; examinez soigneusement chacun d'eux ; consultez son dossier psychologique ; analysez les causes, les caractères, les circonstances de son escapade, le souvenir qu'il en peut garder, les précédents qu'elle a pu avoir et, s'il vous paraît que le cas est nettement morbide ou seulement douteux, n'hésitez point à le soumettre à l'observation médicale : vous aurez en toute conscience, et avec un esprit de justice mieux éclairé, rempli votre devoir.

Un autre fait que vous devez connaître, c'est que la dégénérescence compliquée de *démence précoce*, très commune chez le soldat [11], se présente d'habitude avec les allures de la simulation. Les malades qui en sont atteints ont l'aspect sournois, en dessous, la marche bizarre, l'attitude étudiée, les gestes équivoques et maniérés ; leur langage est artificiel ; ils sourient ou éclatent de rire à tout propos ou sans propos, en vous regardant et presque à votre figure : ils ont absolument l'air de jouer un rôle et de se moquer de vous. En présence d'un pareil tableau, on est naturellement porté à conclure à l'imposture ; cela est possible, mais le plus souvent, il n'en est rien : on a affaire à une démence précoce dégénérative, qui n'a de suspect que ces dehors étranges et qui, au fond, est une des réalités psychopathiques les plus incontestables et les plus graves.

Je voudrais aussi, Messieurs, vous dire un mot des rapports de la dégénérescence avec l'*engagement volontaire*. C'est un fait qu'ont constaté tous ceux qui se sont occupés de la question, et sur lequel j'ai, pour ma

part, particulièrement insisté, que beaucoup d'engagés volontaires sont dégénérés (7, 9, 10, 11, 12). Cela se comprend sans peine. Il est de tradition, au moins en France, que lorsqu'un jeune homme a fait les mille et une sottises; qu'il est instable, buveur, joueur, débauché, amoral, irritable, violent, en un mot un parfait déséquilibré, sa famille, ne sachant plus qu'en faire, le force à s'engager. Et l'armée qui devrait se garer, comme de la peste, de ces sujets fatalement destinés à la troubler et à la léser de façon plus ou moins grave, les accueille à bras ouverts.

Comment s'étonner, après cela, de la quantité d'engagés volontaires que l'on rencontre dans les corps de troupe où abondent les dégénérés : compagnies de discipline, légion étrangère, bataillons d'Afrique, pénitenciers militaires, et de la quantité de cas d'extravagances, de singularités, de perversions sexuelles, d'alcoolisme, de folie, isolés ou collectifs, qu'on rencontre dans ces groupements de soldats tarés, où s'agite le cafard! Lisez, Messieurs, les travaux des docteurs Uzac [3], A. Marie [13], Jude, Rebierre [14], Schultze [15], Stier [10], Pactet [8], et vous serez édifiés à cet égard. Vous y verrez, par exemple, que sur 431 hommes envoyés à une compagnie de discipline en un peu plus de trois ans, Uzac a compté 215 appelés et 216 engagés, c'est-à-dire exactement un égal nombre. Vous y verrez aussi que, tandis que dans l'armée prise en bloc, la réforme pour aliénation mentale est de 0,4 p. 1000, elle atteint de 1,5 à 3,4 p. 1 000 dans ces collectivités, si bien que le docteur Granjux a pu dire : « 1° Il y a, aux bataillons d'Afrique, deux fois plus d'aliénés que dans l'armée; 2° il y a, dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics, quatre fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée; 3° il y a, aux compagnies de discipline, huit fois plus d'aliénés que dans l'armée [16]. »

Encore ne s'agit-il là que de la statistique des réformés, c'est-à-dire des individus qui ont fait, au régiment, la preuve très évidente de leur aliénation mentale. D'autres, chez qui la psychopathie était moins grave et plus latente, échappent en grand nombre à ce recensement. Je rappellerai, pour n'en citer qu'un exemple, le cas rapporté par mon élève, le docteur Lacausse, d'un dégénéré avéré chez qui l'impulsivité, plus ou moins contenue durant son service militaire, éclata presque aussitôt après sous forme de parricide [7].

Les dégénérescences mentales sont donc fréquentes chez le soldat. Quant aux *psychoses* ou *folies*, elles peuvent, bien entendu, s'y rencontrer aussi [17], soit simples, soit liées à un état constitutionnel d'infirmité. Les psychoses des *maladies infectieuses*, de l'*alcoolisme* et des *intoxications* diverses, du *surmenage*, des *traumatismes;* les psychoses *nostalgiques*, *mélancoliques*, *systématisées* sont les plus communes. Signalons la possibilité de l'explosion brusque, soudaine et simultanée de psychonévroses aiguës, à type de *confusion mentale hallucinatoire*, chez un plus ou moins grand nombre de soldats, au cours des batailles à explosions ter-

rifiantes de la guerre moderne, ainsi qu'on l'a observé récemment, sur tout en Mandchourie [18].

* * *

J'arrive, Messieurs, à la troisième et dernière partie de mon exposé, à celle que nous avons appelée la psychothérapeutique.

La psychothérapeutique, ici, c'est l'ensemble des moyens propres à remédier à cette situation fâcheuse qui place dans l'armée tant d'éléments dissolvants et dangereux.

Certains de ces moyens, d'ordre *préventif*, sont généraux ou spéciaux. Les moyens préventifs généraux appartiennent à la prophylaxie sociale. Ils consistent principalement dans l'amélioration de l'éducation intellectuelle et morale du peuple, et surtout dans la lutte à outrance contre les deux grand facteurs de la dégénérescence humaine : l'*alcoolisme* et la *syphilis*. Je n'ai pas à m'étendre ici sur ce sujet.

Les moyens préventifs spéciaux se résument, pour ainsi dire, en un seul mot : l'*examen mental de tous les soldats avant leur entrée dans l'armée* [19]. Cette réforme si juste, si nécessaire, que nous préconisons depuis vingt ans (7, 9, 10, 23), s'accomplira. Il arrivera un moment où l'on comprendra qu'il est tout aussi indispensable de constater l'intégrité du cerveau de nos conscrits que celle de leur poumon, et que si l'on ferme justement les portes de nos casernes aux tarés physiques, on doit les fermer davantage encore aux tarés psychiques, bien plus nocifs par eux-mêmes et par l'extensive contagiosité de leur mal mental. Déjà l'idée a fait du chemin; elle pénètre les esprits; sa réalisation prochaine sera facilitée par l'institution du dossier sanitaire individuel qu'on réclame de tous côtés et, avant tout, par l'indication administrative des accès et des internements qui auraient pu se produire antérieurement.

En attendant, il est une amélioration dont l'urgence s'impose et qui, du jour au lendemain, peut entrer dans le domaine de la pratique : c'est la *vérification cérébrale de tout engagé volontaire* avant son acceptation. Cette vérification si utile, après ce que nous avons dit de la mentalité d'un grand nombre d'engagés, ne présente aucune des difficultés auxquelles on se heurte pour la masse des conscrits. Ici, l'examen médical est individuel; il peut porter sur l'esprit comme sur le corps, et se compléter par la production obligatoire de renseignements officiels sur les antécédents de la santé, à tous les points de vue (6, 7, 9, 10, 11, 12, 19, 20).

En dehors des moyens thérapeutiques préventifs, visant les tarés psychiques avant leur incorporation, il est des moyens thérapeutiques *directs*, visant ces mêmes tarés après leur entrée au régiment.

C'est ici la partie la plus importante de la tâche psychologique de l'officier puisque, muni des éléments d'appréciation qu'il a déjà rassemblés, il doit répartir les soldats non normaux en plusieurs catégories, relevant de traitements différents.

A une première catégorie appartiennent les *vicieux*, les *délinquants* et les *simulateurs*, tributaires de la discipline et de la justice.

La distinction entre ces sujets et les malades du cerveau est loin d'être toujours facile, car souvent rien ne ressemble plus à un criminel qu'un aliéné, et qu'un acte morbide à un acte pervers [21]. Ce qui accentue encore cette difficulté, c'est que les délinquants sont souvent des tarés, et les tarés des délinquants, et que, chose au premier abord peu croyable, mais pourtant absolument exacte, la simulation de la folie, rarement complète, s'associe d'habitude à un état psychopathique.

C'est une vérité aujourd'hui bien établie en psychiatrie, que les simulateurs sont pour la plupart des déséquilibrés, et il semble que Shakespeare ait déjà, au seizième siècle, entrevu cette vérité, car son Hamlet, à la fois neurasthénique réel et faux aliéné, est, sans contredit, un type du genre.

On ne peut évidemment demander à l'officier de résoudre ces délicats problèmes, et tout ce qu'il peut faire, c'est de les soumettre à l'appréciation du médecin, avec les indications et observations que son examen personnel aura pu lui suggérer [22].

Si l'on veut éviter les condamnations de malades, fréquentes devant les tribunaux civils, et plus encore devant les tribunaux militaires, il est nécessaire de procéder, comme nous l'avons demandé avec Granjux à maintes reprises, à l'examen mental de tout homme en prévention de conseil de discipline et de conseil de guerre, et d'avoir recours, dans les cas difficiles, aux experts spécialistes, civils ou militaires [23].

La circulaire du ministre de la guerre du 16 novembre 1907, recommandant l'examen mental des militaires en prévention de conseil de guerre, cérébralement suspects, constitue un acheminement notable dans cette voie.

Une deuxième catégorie d'anormaux, chez les soldats, comprend les *aliénés* et les *dégénérés* trop profondément atteints pour demeurer dans l'armée, et qu'il convient, par suite, d'éliminer par la réforme.

Ici encore le rôle de l'officier consiste à soumettre ces sujets à l'observation médicale. Mais, pour en arriver là, il faut au préalable qu'il les ait examinés, étudiés avant et pendant leur vie militaire, dans leur famille, et en eux-mêmes, suivant la méthode que nous avons exposée, et qu'il accompagne l'envoi en observation d'un rapport détaillé, précis, indiquant le résultat de ses recherches et de ses constatations. Ce rapport, au lieu d'être, comme il l'est parfois, actuellement, un procès-verbal des faits, pour ne pas dire un acte d'accusation, deviendra un exposé psychologique impartial et précis, d'une grande utilité pour l'expertise médicale.

Il existe, au régiment, une troisième catégorie, non pas peut-être d'anormaux véritables, mais tout au moins de subnormaux. Ce sont les simples *désharmoniques* les *arriérés légers*, les *nerveux*, et tout particulièrement les *neurasthéniques*. Pour ceux-là, à moins qu'ils ne soient trop affaiblis physiquement ou trop troublés psychiquement, la vie de

soldat est non seulement possible, mais elle est des plus salutaires.

C'est que cette vie toute particulière convient admirablement au névrosé, parce qu'elle le place sous une discipline inéluctable et qu'elle l'oblige à l'effort corporel régulier, soutenu, sans participation fatigante de son intelligence et surtout de sa sensibilité. Je l'ai vue donner dans beaucoup de cas de ce genre les meilleurs résultats. J'ai vu des jeunes gens hypocondriaques, affaissés, pessimistes, d'une veulerie absolue, incapables de rien faire que de soupirer après la mort, se régénérer pour ainsi dire au régiment. J'ai vu de simples périodes de vingt-huit jours produire, chez eux, plus et mieux qu'une cure à la mer ou à la montagne. C'est ce qui m'a fait dire, il y a déjà longtemps, que si le service militaire n'existait pas, il faudrait l'inventer, ne fût-ce que comme moyen de traitement de la neurasthénie[22].

Mais il est clair que la vie militaire ne suffit pas, à elle seule, pour faire du bien à ces semi-malades et pour donner à leur système nerveux la trempe d'énergie qui lui manque. Ils ont besoin aussi d'une direction psychique, d'une autorité à la fois bienveillante et ferme, qui excerce sur eux son heureuse influence. La moitié au moins de la cure de la neurasthénie est d'ordre psychique, et faite de rassurements, d'encouragements, de stimulations, en un mot de suggestions opportunes et bien comprises. Avec des nerveux de ce genre, hypersensibles et instables au plus haut point, cette action suggestive est difficile et très délicate ; mais, bien pratiquée, elle est vraiment des plus efficaces.

Une telle tâche n'est pas au-dessus des forces et de la compétence des officiers. Beaucoup déjà la remplissent avec succès. Ceux-là peuvent dire quelle satisfaction est la leur, lorsque, à force de patience, de soins, de dévouement ils sont arrivés à guérir un de ces débiles des nerfs et de la volonté, qui semblent voués à l'aboulie et à l'incapacité définitives, et lorsque, par leur intervention personnelle de chef éclairé et écouté, l'une des formes les plus puissantes de la psychothérapie suggestive, ils l'ont rendu apte non seulement à la vie militaire, mais, ce qui est mieux encore à la vie en famille et en société.

Tel est, Messieurs, esquissé à grands traits, le rôle de l'officier dans ce que j'ai appelé l'hygiène mentale du soldat. Plein d'intérêt et d'utilité, ce rôle est, je vous assure, moins compliqué et moins spécial que vous ne le pensez peut-être. Je serai trop heureux si j'ai pu, dans cette causerie, vous faire entrevoir et saisir la haute portée de ce côté nouveau de votre belle mission.

OUVRAGES A CONSULTER

1. Dr Luigi Scarano. L'Ufficiale per l'istruzione e l'educazione del soldato. (*Rivista militare italiana*, disp. II, 1905.)

2. Dr Wimmer. Les conditions psychiques des recrues. (*Militærlægen*, 1 et 2 H., 1907.)

Dr A. Demmler. Le dossier sanitaire devant les conseils de revision. Comment on doit l'établir. (*Le Progrès médical*, 13 janvier 1906.)

3. Dr Uzac. Recrutement des compagnies de discipline. (*Le Caducée*, 7 janvier 1905.)

4. Dr Georges Ilberg. Sur les troubles cérébraux dans l'armée en temps de paix. Carl Marhold, Halle, 1903. (*Le Caducée*, 22 septembre 1905.)

5. Dr M. Campeano. *Essai de psychologie militaire individuelle et collective*. — 1 vol., librairies Georges Fanchon et A. Maloine, Paris, 1902.

6. Dr Famelon. Expertise psychiatrique dans l'armée. (*Le Caducée*, 16 septembre 1905.)

Dr Bonnette. Expertise psychiatrique dans l'armée. (*Le Caducée*, 18 novembre 1905.)

7. Dr Lacausse. *Les dégénérés psychiques au point de vue du service militaire*. (Thèse pour le doctorat en médecine, Bordeaux, 1889.)

Drs Pitres et Régis. Les dégénérés dans l'armée. (*Le Caducée*, 20 décembre 1902.)

Dr Cavasse. *Les dégénérés dans l'armée coloniale*. (Thèse de Bordeaux, 1903.)

Dr Gauzy. *L'aliénation mentale chez les militaires de l'armée de mer*. (Thèse de Montpellier, 1899-1900.)

Dr Bennecke. Maladies mentales à l'hôpital militaire de Dresde. (*Archiv für Psychiatrie*, t. XXXVII fasc. 3, et *Revue neurologique*, 30 avril 1904.)

Dr Conrad Alt. Les faibles d'esprit au régiment. (*Psychiatrische Neurologische Wochenschrift*, et *Revue philanthropique*, 19 octobre 1905.)

8. Dr Pactet. Les aliénés dans l'armée et dans les pénitenciers militaires. (*Revue de Psychiatrie*, décembre 1906.)

9. Dr Régis. *Précis de psychiatrie*, 4e édition, O. Doin, Paris, 1909.

10. Dr Dubourdieu (V.). *Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire (dromomanie des dégénérés)*. (Thèse de Bordeaux, 1894.)

Drs Pitres et Régis. *Les obsessions et les impulsions*. — 1 vol., O. Doin, Paris, 1902.

Dr Ewald Stier. *Désertion et fugues. Étude psychologique psychiatrique et de droit militaire*, Verlag von Carl Marhold, Halle, 1905.

11. Dr Kagi. *La démence précoce dans l'armée*. (Thèse de Bordeaux, 1905.

12. Dr Cazeneuve. *Engagement volontaire et dégénérescence mentale*. (Thèse de Lyon, 1905.)

13. Dr A. Marie. Les aliénés de la légion étrangère. (*Revue de psychiatrie*, septembre 1900.)

14. Dr R. Jude. *Les dégénérés dans les bataillons d'Afrique*. — 1 vol., Le Beau, éditeur, Vannes, 1907.

15. Professeur Dr Ernst Schultze. *Des psychoses chez les prisonniers militaires avec propositions de réforme. Étude clinique*, Verlag von Gustav. Fischer, Iéna, 1904.

Professeur Dr Ernst Schultze. Nouvelles observations sur les prisonniers militaires. (*Le Caducée*, 2 décembre 1905.)

16. Dr Granjux. L'aliénation mentale dans la marine, dans les troupes métropolitaines et dans l'armée coloniale. (*Société de médecine légale*, 19 juillet 1905.)

Dr Granjux. L'aliénation mentale dans l'armée. (*Le Bulletin médical*, 1902, nº 16).

Dr Granjux. Les dégénérés dans les corps d'épreuve. (*Le Caducée*, 15 novembre 1902.)

Dr Granjux. Des classes d'anormaux aux bataillons d'Afrique. (*Société de médecine légale*, 1908.)

17. Dr Catrin. *L'aliénation mentale dans l'armée*, broch. in-12 de 75 pages; Rueff, éditeur, 1901.

Dr Ewald Stier. Les maladies mentales dans l'armée allemande. (*Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, et *le Caducée*, 1902.)

Dr Ewald Stier. Études de psychiatrie dans les armées étrangères. (*Deutsch. mil. Zeitung*, 20 nov. 1907.)

X... Les débats au Reichstag sur l'aliénation mentale dans l'armée. (*Psychiatrische Neurologische Wochenschrift*, 1er avril 1905.)

18. Dr Paul Jacoby. Les victimes oubliées de la guerre moderne. (*Archives d'anthropologie criminelle*, 15 juin 1904.)

Dr Chaïkévitch. Des troubles mentaux liés à la guerre russo-japonaise. (*Société de neuropathologie et de psychiatrie de Moscou*, 26 novembre 1904.)

Dr Ozéretskowsky. Des maladies mentales liées à la guerre russo-japonaise. (*Journal russe de médecine militaire*, 1905.)

Dr Serge Soukhanoff. Des maladies mentales liées à la guerre russo-japonaise. (*Journal russe de médecine militaire*, 1905.) — De la confusion mentale aiguë et de ses particularités chez les soldats russes : contribution à l'étude des psychoses provoquées par la guerre russo-japonaise. (*Journal de neurologie*, 20 novembre 1906.)

19. Dr Pellegrini. *Folie et Dégénérescence chez les soldats et les carabiniers royaux*. — 1 vol., librairie Filippo Cantazaro, 1904.)

20. Dr Granjux. La prévention des maladies mentales et nerveuses dans l'armée. (*Le Caducée*, 5 et 19 août 1905.)

21. Dr Filippo Saporito. *Sulla delinquenza e sulla pazzia dei militari*. — 1 vol., librairie R. Pesole, Naples, 1903.

Dr Trombetta. Crime et folie chez les militaires. (*Journal de médecine militaire*, 30 septembre 1903.)

Dr Trombetta. *Manuale di medicina legale militare*. — 1 vol., Ulrico Hoepli, Milano, 1908.

Dr G. Deleito. Degré de responsabilité chez les accusés et de son appréciation par le médecin légiste. (*Revista sanidad milit.*, 1er septembre 1907.)

22. Dr Chavigny. *La simulation dans l'armée*. — 1 vol., Paris, 1907.

23. Dr Taty. *Les aliénés méconnus et condamnés*. (Rapport au Congrès des

aliénistes et neurologistes, Marseille, 1899. Discussion par Granjux, Mabille. Régis).

Consulter aussi, sur le même sujet, les comptes rendus des Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux (1895), Marseille (1899), Rennes (1905)

24. Dr Régis. *La médecine et le pessimisme contemporain*; imprimerie Gounouilhou, Bordeaux, 1898.

25. Dr Paul Rebierre. *Joyeux et demi-fous.* — 1 vol., A. Maloine, Paris, 1909.

DE L'ART CHEZ LES ALIÉNÉS

PAR

P. KERAVAL

Médecin de l'asile Saint-Anne.

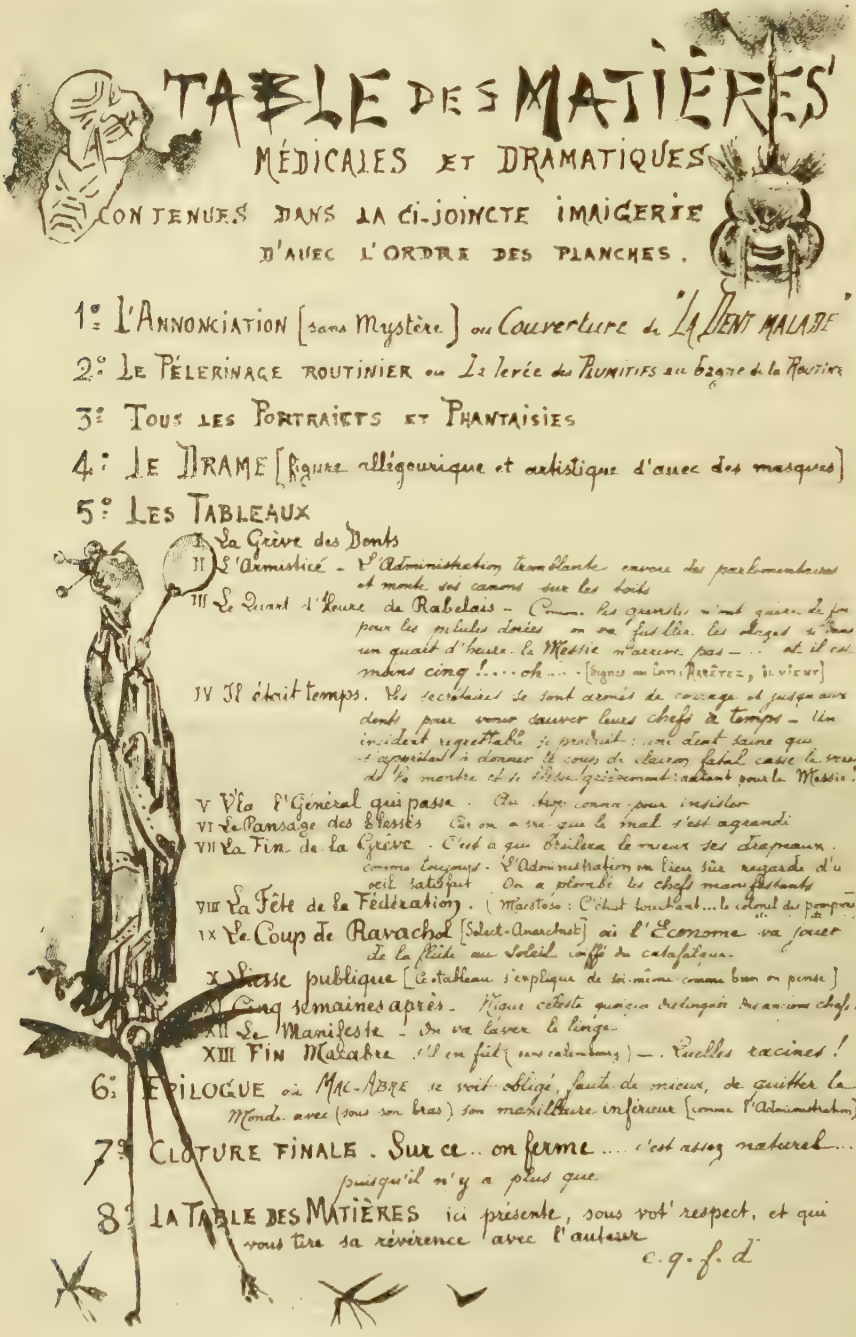
La question des œuvres d'art dues à des aliénés n'a certes pas l'attrait de la nouveauté; mais une série d'intéressants travaux parus récemment en France et à l'étranger l'ont en quelque sorte mise à l'ordre du jour. Ce n'est point ici le lieu de grouper les arguments qui ont cours au sujet des rapports du génie et de la névropathie; mais sans intervenir dans le débat, qu'il nous soit permis de dire, que si la folie a pu se voir dénier un véritable pouvoir créateur en matière artistique, il n'est pas rare qu'elle alimente, aiguillonne ou oriente la verve des artistes et qu'elle influe ainsi sur le contenu ou l'expression de leurs œuvres.

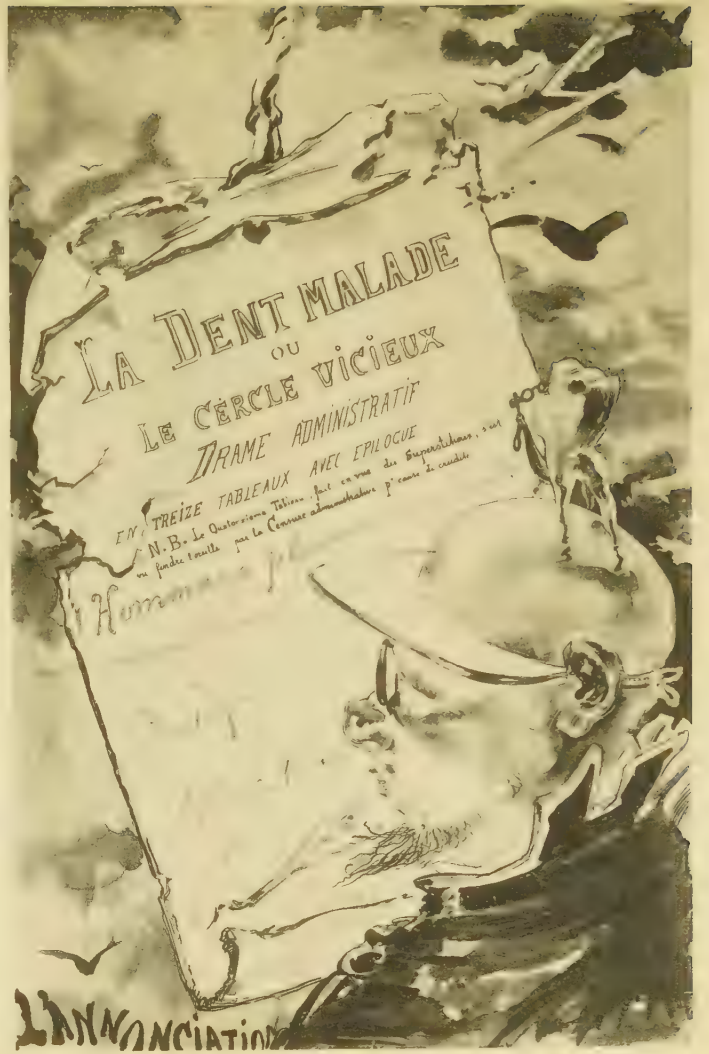
Nous avons eu l'occasion d'observer jadis un cas de ce genre des plus démonstratifs. Il s'agissait d'un sujet jeune, intelligent, doué d'un véritable tempérament artistique, atteint de cette forme de psychose dépressive, parfois dénommée en clinique *mélancolie-suicide* et qui a, du reste, justifié cette terminologie en réussissant ultérieurement à mettre fin à ses jours, au cours de son affection mentale. Ce malade, dessinateur habile, a mis à profit son séjour dans un établissement d'aliénés pour exercer ses facultés artistiques et critiques aux dépens du nouveau milieu où il se trouvait malgré lui.

Il a composé une série de dessins satiriques dont certains nous ont paru intéressants par leur verve caricaturale et leur qualité d'exécution.

Une table des matières fantaisiste reproduite à la page suivante contient l'explication que l'auteur donne de ses œuvres. On trouvera en regard,

répartis en deux planches hors texte, quatre dessins. Ce sont les premiers des douze dessins qui seront successivement publiés dans ce recueil.





Série de dessins satiriques dus a un jeune sujet atteint de psychose dépressive

Collection du Dr Keravat

UN DEMANDE
UN
DENTISTE
DEPUIS
UN MOIS
.. NÉANT.!!
VIVE
L'ADMINISTRATION
1

L'ARMISTICE..
2

DOCUMENTATION HOSPITALIÈRE[1]

Asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse)

L'asile de Montdevergues (1 600 malades environ) est situé en pleine campagne, à 5 kilomètres d'Avignon et 1 kilomètre et demi du village le plus proche, Montfavet, gros de quelques centaines d'habitants.

On peut se rendre à Avignon en allant prendre à Montfavet le chemin de fer de la ligne Miramas-Cavaillon (six trains par jour, onze minutes de trajet) ou en utilisant une patache tortuesque, inconfortable et malodorante, qui, toutes les deux heures, joint les gémissements de ses essieux à ceux de ses infortunés voyageurs. La bicyclette, quand le mistral en permet l'emploi, peut rendre les plus grands services. Les routes sont planes, bien entretenues et ombragées à souhait.

Dans un périmètre de moins de 100 kilomètres, toute la région offre une richesse infinie en merveilles archéologiques et en beautés naturelles, le tout baigné par une lumière digne de l'Orient. Quelques moustiques.

L'asile est quelconque. A mentionner toutefois une très heureuse division du pensionnat en deux bâtiments distincts, l'un réservé aux malades propres et relativement raisonnables, l'autre aux gâteux et malades d'un commerce difficile. Les infirmeries constituent des quartiers complètement indépendants, spacieux et bien aménagés. Elles contiennent, outre les salles habituelles de malades, des réfectoires, des chambres d'isolement, une salle d'opérations et un cabinet d'examens. Une salle d'autopsie vaste et bien éclairée, une bibliothèque assez bien garnie, et un petit laboratoire permettent les examens et les recherches scientifiques les plus indispensables. Cette organisation fait le plus grand honneur au docteur Pichenot qui en a été le promoteur et n'en a obtenu la réalisation complète qu'après quatorze années d'efforts persévérants. A signaler encore une vaste salle des fêtes avec scène théâtrale, où, chaque mois, le directeur actuel, M. Monguet, organise pour les malades quelque distraction nouvelle.

Le service médical comprend un médecin en chef, deux médecins adjoints chargés, l'un du service des hommes, l'autre du service des femmes, sous le contrôle et la signature du médecin en chef, plus quatre internes. Le médecin en chef fait la visite un jour au service des hommes, un jour au service des femmes.

Les médecins de l'asile sont fréquemment appelés chez des malades du dehors, aucun médecin n'étant installé à proximité. Néanmoins, ils entretiennent avec leurs confrères d'Avignon et de toute la région les rapports les plus cordiaux.

1. Nota. — C'est à la demande de plusieurs confrères que nous ouvrons cette rubrique où peuvent figurer un, deux ou plusieurs documents de ce genre sur les établissements d'aliénés de France ou de l'étranger. Nous pensons ainsi combler une lacune en portant à la connaissance de tous les alienistes des renseignements spéciaux les mettant à même d'être au courant de la nature et de la valeur de tel ou tel poste en cas de mutation d'emploi, avancement, etc.

Le directeur administrateur et le médecin en chef habitent en face l'un de l'autre, au milieu de l'allée principale, des maisons très confortables, munies de terrasses, de grands jardins, de basses-cours, etc. L'un des médecins adjoints occupe le long du mur d'enceinte un petit pavillon neuf de sept pièces, avec terrasse et jardin, mais sans vue.

ENTRÉE PRINCIPALE DE L'ASILE DE MONTDEVERGUES.

L'autre est logé hors de l'asile, au milieu d'un petit parc, dans une maison de belle apparence, mais quelque peu humide et assez mal distribuée. Néanmoins, sa situation, ses beaux ombrages et de précieuses dépendances dont une écurie et un hangar à automobile en font une résidence très enviable.

Partout éclairage électrique.

Avantages particuliers consentis aux fonctionnaires de l'établissement : médicaments, fruits et légumes ; la viande au prix de l'adjudication.

Tels sont les détails d'ordre essentiellement utilitaire qui, bien qu'ils ne figurent pas dans le guide Joanne, ni dans les rapports annuels qu'échangent entre eux les chefs de service des asiles, peuvent néanmoins, à un moment donné, intéresser au plus haut point quelques-uns d'entre nous.

P. CASTIN.

Le Gérant : G. DELARUE.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

Le Professeur C. von MONAKOW
(de Zurich)

4e Année N° 2 25 Février 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Erwin Niessl von Mayendorf est nommé privatdocent de psychiatrie

Faculté de médecine de Marburg. — Le titre de professeur a été conféré a M. le docteur Max Jahrmärker, privatdocent de psychiatrie.

Université de Paris

Par décret en date du 23 janvier 1909 rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Gilbert Ballet, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à ladite Faculté.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement de janvier 1909

M. le docteur Cossa, médecin en chef des asiles publics d'aliénés est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Pons (Alpes-Maritimes), en remplacement de M. le docteur Planat, démissionnaire, et est maintenu dans le cadre du personnel des médecins en chef des asiles publics d'aliénés.

M. le docteur Tissot, médecin-adjoint à l'asile de Dury-les-Amiens (Somme), est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le docteur Pasturel, médecin-adjoint en disponibilité, est nommé médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

Distinctions honorifiques

M. le docteur Girma, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Pau, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MM. les docteurs Dodero, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône); Homery, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Bourges, sont promus officiers de l'Instruction publique.

MM. les docteurs Pain, directeur médecin de l'asile d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne); Ricoux, médecin adjoint de l'asile de Fains (Meuse), et L. Parrot, secrétaire de la rédaction de « *l'Informateur* » sont nommés officiers d'Académie.

Médailles de bronze de l'Assistance publique : M. Berthelot, surveillant en chef à l'asile de Vaucluse (Seine); M. Gras, sous-surveillant à l'asile de Vaucluse; MM. Bellamy et Egron, infirmiers à l'asile de Vaucluse.

ENSEIGNEMENT

Clinique Charcot à la Salpêtrière

Cours complémentaire et pratique (1re série) de neurologie, sous la direction de M. le professeur Raymond, avec la collaboration de MM. Claude, professeur agrégé de la Faculté; Huet, chef du laboratoire d'électrothérapie à la Salpêtrière; Rose, ancien chef de clinique à la Salpêtrière; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux; Constensoux, ancien chef de clinique-adjoint à la Salpêtrière; de Martel, chef de clinique chirurgicale; Lhermitte, chef de laboratoire; Touchard, chef de clinique.

Le cours a commencé le 8 février 1909, à quatre heures.

Il doit comprendre quarante leçons.

Les leçons auront lieu tous les jours à la Clinique Charcot, à quatre heures, sauf le dimanche.

Chaque leçon sera accompagnée de présentations de malades, d'exercice de séméiologie et de diagnostic par les élèves.

Ce cours constituera une revision complète de la neurologie.

Le droit d'inscription est fixé à 80 francs.

Des certificats d'assiduité seront délivrés à la fin du cours.

Pour renseignements et communications du programme détaillé, s'adresser à M. Touchard, chef de clinique à la Salpêtrière.

Seront admis, les docteurs en médecine et étudiants français et étrangers, titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement relatifs à ce cours sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Hospice de la Salpêtrière

M. Voisin a repris ses conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, le jeudi 14 janvier, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hospice de Bicêtre

M. le Dr Jacques Roubinovitch, médecin de Bicêtre, fait dans son service, tous les jeudis de neuf heures et demie à onze heures et demie du matin, des *conférences pratiques de psychiatrie* à l'usage des étudiants et des docteurs en médecine ou en droit, désireux d'acquérir les notions indispensables de pathologie mentale.

N.-B. — Pour suivre ces conférences, s'inscrire à Bicêtre, directement ou par correspondance, en s'adressant au chef de service, visible tous les jours, de neuf heures et demie à dix heures du matin.

NOUVELLES

Concours d'internat de l'asile de Maréville

Sur les instances du corps médical, le concours pour le recrutement des internes en médecine à l'asile de Maréville et au pensionnat Sainte-Anne, supprimé depuis 1903, a été rétabli par M. Bonnet, préfet de Meurthe-et-Moselle.

Le 20 janvier 1909, a eu lieu à la Faculté de médecine de Nancy un concours pour deux places, dont une d'interne provisoire. (Six internes titulaires sont attachés à l'établissement.)

Le jury était composé de la façon suivante :

Docteur Bernheim, professeur de clinique médicale, président; docteur Pierre Parisot, professeur de médecine légale; docteur A. Paris, médecin en chef du service d'admission à l'asile de Maréville, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Nancy.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Genay, interne titulaire; Grenier, interne provisoire.

Concours d'internat des asiles d'aliénés du Nord

Le lundi 1er mars 1909 à neuf heures précises, il sera ouvert à la Faculté de Lille un concours public pour la nomination à quatre places d'interne en médecine et à cinq places d'interne provisoire, aux asiles publics d'aliénés de Bailleul et d'Armentières.

(Pour les conditions du concours et les avantages, voir *l'Informateur*, n° 1, janvier 1909, page 3.)

Hommage au Dr Jules Voisin

La Société de pathologie comparée, la Société d'hypnologie et de psychologie, l'École de psychologie et le Syndicat de la presse scientifique ont décidé d'offrir un banquet au docteur Jules Voisin, médecin de

la Salpêtriere, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

Le banquet aura lieu le samedi 20 mars 1909, au Grand Hôtel, sous la présidence du professeur F. Raymond, membre de l'Académie de médecine, et sous la présidence d'honneur de M. le docteur Clemenceau, président du conseil des ministres, et de M. le docteur Fernand Dubief, vice-président de la Chambre des députés.

Le prix du banquet a été fixé à 15 francs.

Les amis et élèves du docteur Jules Voisin, qui ne pourraient assister au banquet, sont invités à contribuer, par leur souscription, à l'achat du souvenir qui lui sera offert à cette occasion.

Adresser les adhésions et les souscriptions à M. le docteur Bérillon, 4, rue Castellane, et à M. le docteur Touchard, chef de clinique de la Faculté, 79, rue d'Amsterdam.

Société rouennaise pour le développement des enfants arriérés

Le docteur Armand Laurent, l'un des vétérans de la psychiatrie française, ancien médecin en chef des asiles publics d'aliénés, vient de fonder à Rouen une intéressante société philanthropique : la Société des amis de l'enfance, pour le développement des enfants arriérés.

C'est surtout — et il a raison — sur l'initiative privée que notre distingué confrère compte pour mener à bien l'œuvre entreprise qui s'inspire des plus récents travaux sur la matière dont il s'agit.

Les adhésions et cotisations (membres actifs, 3 francs; membres bienfaiteurs, 10 francs) doivent être envoyées au docteur Laurent, 11, rue Beauvoisine, à Rouen (Seine-Inférieure).

NÉCROLOGIE

On annonce la mort de M. Argyll Robertson (d'Edimbourg), l'ophtalmologiste bien conu.

SOCIÉTÉS SAVANTES
FRANÇAISES [1]

Société de neurologie

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1909

M. *Achard*, président, consacre quelques mots à la mémoire de M. Lamy, membre de la Société, mort récemment.

A propos du procès verbal. — M. *Babinski* revient sur la question de la *fièvre et des troubles trophiques et vaso-moteurs de l'hystérie*. M. Raymond, dans le compte rendu de la dernière séance, a écrit que « la rigueur avec laquelle M. Soca a établi son observation d'hyperthermie locale la rend indiscutable ». Or, dans la communication, il ne s'agissait pas d'hyperthermie locale. Il demande ce que M. Raymond entend comme indiscutable.

DISCUSSION. — Pour M. *Raymond*, c'est l'hyperthermie qui est indiscutable ; il ne préjuge en rien des rapports de la fièvre et de l'hystérie.

M. *Babinski*. Dans les deux cas de M. Raymond, on constate une thermoasymétrie ; les malades n'ont pas de troubles hystériques. Si M. Podiapolsky a reproduit des brûlures par suggestion, il est rationnel de se demander pourquoi on n'en trouve pas à Paris. Les années se suivent et il n'y a pas de faits nouveaux.

M. *Raymond* rappelle le cas de Westphal publié en 1907, où il y avait des troubles vaso-moteurs et qui a une grande valeur en raison de la personnalité de l'observateur.

Corps thyroïde et vaso-motricité. — MM. *Léopold Lévi* et *Henri de Rothschild* présentent quatre cas dont les observations concourent à l'étude du rôle du corps thyroïde sur la vasomotricité. Dans le premier cas, il s'agit d'un syndrome de Raynaud, étroitement localisé, extrêmement douloureux, remontant à vingt-huit années, atténué par le traitement thyroïdien, chez une femme de cinquante-six ans, atteinte d'instabilité thyroïdienne et souffrant de céphalée continue et de migraine.

Dans le second cas, il y a cyanose légère continue accompagnée d'engelures, disparaissant par le traitement thyroïdien, chez un jeune garçon en état d'instabilité thyroïdienne, présentant, en outre, de la microsphygmie et de la migraine ophtalmique. Dans ces cas, le traitement a régula-

1. Le lecteur trouvera dans L'ENCÉPHALE, *organe officiel* de la Société de psychiatrie, le texte complet des travaux de cette Société ; pour le compte rendu *in extenso* des séances de la Société de neurologie, consulter son organe officiel la REVUE NEUROLOGIQUE.

risé une instabilité vaso-motrice légère, il est susceptible de transformer une acrocyanose en acroérythrose.

L'action de la thyroïdothérapie sur l'appareil vaso-moteur est donc démontrée. Ce mode d'action peut expliquer, en partie, l'étendue possible de ses effets et, en particulier, sur l'urticaire et certains œdèmes.

Un cas d'hémiplégie droite et d'aphasie motrice pure, hystérique. — M. *Lévy-Brühl* présente un malade, actuellement dans le service de M. Babinski, qui a fait l'objet d'une communication antérieure de M. Laignel-Lavastine. Sous l'influence de la suggestion, par électrisation des membres paralysés, l'hémiplégie a guéri ; le mutisme a persisté, mais il a cédé ensuite à des séances répétées de persuasion. Le malade n'est pas un simple hystérique, il a eu des crises convulsives, des fugues, des accès de dépression mélancolique. Il ne semble pas qu'il soit un simulateur.

Discussion. —M. *Laignel-Lavastine* a fait quelques séances de suggestion sans résultat.

M. *Babinski* insiste sur la ténacité qu'il a déployée pour convaincre le malade.

Apraxie idéo-motrice de Liepmann. — MM. *Laignel-Lavastine* et *Boudon* présentent une femme de cinquante-quatre ans, dont le déficit partiel de l'intelligence se caractérise par des troubles du langage et de l'activité motrice.

L'étude du langage montre que la malade présente une aphasie de compréhension se résumant en cécité verbale légère et agraphie intense.

L'étude de l'activité motrice montre que la malade exécute correctement la plupart des actes spontanés simples de la vie courante, se sert généralement bien des objets usuels qu'on lui présente, obéit exactement aux ordres simples, mais commet dans d'autres actes aussi simples ou un peu plus compliqués, ou appris par des procédés didactiques, tels que l'acte de tailler un crayon, faire des boutonnières ou natter les cheveux, des fautes tellement grossières qu'il est nécessaire de les rapporter à *l'agnosie* et *l'apraxie*.

La question est de savoir si la malade exécute mal ou pas du tout certains actes, parce que la notion qu'elle a de ces actes lui manque, ou parce qu'elle ne sait plus la valeur pratique des objets dont elle se sert, autrement dit s'il s'agit d'une *apraxique idéo-motrice*, ou d'une parapragique par agnosie.

L'agnosique poursuit de faux buts, tandis que l'apraxique ne sait pas atteindre le but proposé. Chez la malade, l'impossibilité de faire une natte ou une boutonnière relèvent de l'apraxie idéo-motrice. Reste à savoir si cette apraxie est vraiment distincte de la parapraxie par agnosie, si la parapraxie par agnosie et l'agraphie par aphasie de compréhension sont ce que l'usage d'un objet est à sa connaissance, ce que l'écriture est à la compréhension des mots et si, dans le cas particulier, on ne peut pas dire simplement que l'apraxie est à l'agnosie ce que l'agraphie est à la cécité verbale.

Monoplégie brachiale gauche. — M. *Babinski* présente un malade qui fut pris d'engourdissement du bras gauche, terminé par une paralysie; il s'agit certainement d'une lésion organique corticale, le malade a le phénomène de la pronation, la différence de température, l'exagération du triceps brachial que l'on rencontre dans ce genre de paralysie. Dans certains mouvements exécutés par le malade, il est à noter que le déplacement du membre supérieur gauche est plus considérable que celui du membre supérieur droit; lorsqu'on laisse retomber le membre gauche, il retombe en plusieurs fois, tandis que le membre droit tombe d'une pièce. Ce phénomène tient à la diminution de l'activité musculaire, qui fait que les déplacements d'origine passive sont augmentés, tandis que ceux d'origine active sont diminués.

A propos des survivants de la catastrophe de Messine (Note lue par le Dr Babinski). — M. *V. Néri* a vu, tant à Messine qu'à Naples, cinq cents rescapés, tous plus ou moins contusionnés et déprimés. Les jeunes filles et les vieillards surtout avaient du délire avec des hallucinations. Dans aucun cas, Néri n'a constaté de troubles visuels ou de troubles de la sensibilité. Il y eut une seule monoplégie sans anesthésie. Étant données les conditions morales où se trouvaient les malades, ce mémoire est pour M. Babinski très démonstratif; il montre la rareté des accidents dits hystérotraumatiques.

Tabes avec atrophie des muscles innervés par la branche motrice du trijumeau, le pneumogastrique, le spinal, l'hypoglosse et les racines inférieures du plexus brachial. — MM. *Souques* et *H. Chéné*. — Il s'agit d'amyotrophie survenue lentement et insidieusement chez un tabétique dans le territoire de plusieurs nerfs craniens.

Tous les muscles innervés par la branche motrice du trijumeau sont atrophiés, particulièrement les muscles masticateurs. Quant à la branche sensitive de ce nerf, elle paraît intacte. Exception faite pour cette amyotrophie qui est bilatérale et symétrique, les atrophies suivantes sont unilatérales et homologues (côté gauche).

Dans le territoire du pneumogastrique (vago-spinal), on constate une paralysie atrophique d'une corde vocale et une hémiatrophie du reste du palais. A signaler en passant l'existence de crises laryngées et l'accélération du pouls.

L'atrophie du sterno-mastoïdien et du trapèze traduit la participation de la branche externe du spinal, et l'hémiatrophie de la langue, celle de l'hypoglosse.

Il y a enfin une atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras, avec syndrome oculo-pupillaire, qui indique l'altération des racines inférieures du plexus brachial.

Cette observation est intéressante par la rareté des cas de ce genre, l'étendue exceptionnelle des territoires musculaires atteints, le degré plus ou moins marqué de l'amyotrophie qui contraste avec le degré léger des troubles fonctionnels, et le problème pathogénique qu'elle soulève. Les

auteurs croient à l'origine méningée et au siège radiculaire de la lésion causale, encore que l'autopsie de cas analogues faisant jusqu'ici défaut, il soit impossible de se prononcer avec certitude.

Discussion. — M. *Léri* a vu un malade analogue ; pour lui, dans la totalité des cas, ces paralysies multiples sont incomplètes et dissociées et indiquent une origine méningitique très disséminée.

Un cas de gigantisme. — M. *Thibierge* présente un géant de cinquante-deux ans chez lequel il s'est produit à trente ans des modifications de l'aspect extérieur considérables, les mains sont volumineuses, les seins sont développés ; le malade présente cependant un aspect infantile, il est glabre ; les testicules sont peu développés, l'aspect est féminin. Il n'y a aucune trace de corps thyroïde. Ce géant est en même temps un acromégalique.

En même temps, M. *Thibierge* présente un dessin du dix-huitième siècle, représentant nettement un acromégale ayant l'aspect d'un polichinelle.

Discussion. — M. *Meige* trouve intéressant qu'à cet âge le malade de M. Thibierge se soit si peu acromégalisé ; il a d'ailleurs peu de symptômes francs d'acromégalie.

Ophtalmoplégie totale avec paralysie des branches sensitivo-motrices du trijumeau. — Dans le cas de M. *Galezowski*, il s'agit d'une ophtalmoplégie totale unilatérale droite ayant débuté il y a trois ans et demi. Les premiers troubles ressentis par la malade, âgée de cinquante-huit ans, ont été des douleurs très violentes dans le territoire du trijumeau droit. Il se produisit ensuite une anesthésie complète de ce même territoire, et, à la suite d'un traumatisme, apparut une kératite neuro-paralytique. Les muscles innervés par le trijumeau du même côté sont atrophiés et la luette est déviée vers la droite. Enfin le nerf optique est intéressé ; il n'y a pas de conception lumineuse de l'œil droit. Il s'agit sans doute d'une méningite syphilitique de la base ayant provoqué une paralysie des nerfs des II^e^, III^e^, IV^e^, V^e^ et VI^e^ paires.

Sclérose en plaques débutant par des troubles mentaux simulant la paralysie générale, par MM. *Raymond* et *Touchard*. — Dans une première phase, on vit apparaître d'une façon progressive, chez un homme de vingt-six ans, les troubles de la mémoire, de l'intelligence, du caractère, et des troubles somatiques, caractérisés par des paralysies et des sensations de fourmillement passagères, par du tremblement des membres supérieurs, par du bredouillement et de l'échappement de la parole ; cinq crises épileptiformes ont précédé l'apparition de cet état morbide. Cet ensemble de symptômes appelle le diagnostic de paralysie générale ; c'est le diagnostic qui fut porté et la confusion était inévitable.

Dans une seconde période enfin, les troubles mentaux régressent complètement, tandis que les troubles somatiques se précisent pour constituer définitivement le tableau clinique non douteux de la sclérose en plaques.

Les auteurs discutent le diagnostic du trouble psychique qui marqua le début de la sclérose en plaques et rappellent quelles lésions anatomiques des lobes frontaux ont été signalées au cours de cette affection.

Un cas de goitre exophtalmique. — M. *Gilbert Ballet* rappelle qu'il a fait un rapprochement entre le tremblement et la tachycardie; il montre un malades chez lequel il y a une discordance notable entre le tremblement très accentuée et la tachycardie peu marqué chez un malade ayant un goitre exophtalmique en voie de régression.

Aphasie motrice guérie après trépanation, par MM. *Vincent* et *Dumolard*, d'Alger. (Note présentée par M. Dejerine.) — Il s'agit d'un Arabe de trente-cinq ans, aphasique moteur et monoplégique du membre supérieur droit depuis trois mois à la suite d'une fracture du crâne. Le sujet ne pouvait dire aucun mot en langue kabyle ou arabe et ne pouvait prononcer que quelques rares mots en français. Il existait une dépression cranienne au niveau du traumatisme. Le malade fut trépané et on trouva une coquille du diamètre d'une pièce de dix centimes, située exactement à 2 cm. 5 en avant de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, et comprimant l'écorce sous-jacente, c'est-à-dire la région de Broca. Après l'opération, le malade guérit complètement de son aphasie motrice et de sa monoplégie. Ce cas, qui a la valeur d'une expérience, est un exemple très démonstratif d'aphasie de Broca par lésion corticale. Particularité intéressante à signaler et sur laquelle insistent à juste titre les auteurs, c'est le fait que ce sujet, ne pouvant prononcer aucun mot dans sa langue maternelle — arabe et kabyle —, avait conservé la possibilité de prononcer quelques mots en français, langue apprise plus tard. Ce fait montre bien la nature psychique des troubles du langage chez ce malade et prouve en d'autres termes qu'il s'agissait bien d'aphasie motrice et non d'anarthrie.

Sur une maladie familiale de l'appareil cérébelleux. — Dans le cas de MM. *Raymond* et *Lhermitte*, il s'agissait d'un malade présentant le symptôme de l'hérédo-ataxie cérébelleuse ; l'autopsie montra des lésions multiples du système nerveux. Le cervelet présentait une atrophie numérique des cellules de Purkinje, une gracilité des pédoncules cérébelleux supérieurs ; une dégénération des fibres cérébello-olivaires des faisceaux de Gowers et du faisceau cérébelleux droit. La colonne de Clarke était extrêmement atrophiée ainsi que les cellules des cornes antérieures.

L'étude de ce cas vient de montrer que le syndrome de l'hérédo-ataxie peut être provoqué par les lésions multiples et variées et que cette affection se rattache étroitement à la maladie de Friedreich. L'histologie pathologique et la clinique s'accordent à montrer que l'atteinte des systèmes anatomiques est liée à une dégénération simple indépendamment de toute lésion toxique ou infectieuse. Les caractères sont ceux des maladies familiales.

Deux cas de lésions de la couche optique suivis d'autopsie. (Présentation de pièces.) — M. *Gustave Roussy* présente à titre de document et avant

d'en faire l'étude histologique deux cerveaux atteints tous deux de lésions de la couche optique. Le premier provient d'un homme chez lequel on observa tous les signes du *syndrome thalamique pur* : ictus brusque sans perte de connaissance, hémiplégie droite légère sans trépidation épileptoïde, sans signe de Babinski, mais s'accompagnant d'hémiataxie et d'hémichorée, hémianesthésie superficielle et profonde très prononcée de tout le côté droit, y compris la face, avec perte du sens musculaire et de la perception stéréognostique, enfin douleurs très vives uniquement localisées dans la moitié droite de la face. A l'autopsie, la coupe horizontale de l'hémisphère gauche montre la présence d'un foyer de destruction jaune ocreux, situé à la partie postérieure et externe du thalamus et poussant une pointe dans le segment postérieur de la capsule interne.

Dans le second cas, le syndrome était moins pur ; le malade avait eu dans l'espace de neuf ans trois petits ictus et présentait de l'hémiplégie motrice spasmodique. Dès la première attaque, apparurent de l'hémianesthésie superficielle et profonde accompagnée d'astéréognosie et plus tard des phénomènes paresthésiques et surtout des douleurs du côté paralysé qui permirent d'admettre que la lésion devait intéresser le thalamus. A l'autopsie : foyer de ramollissement gros comme une pièce de cinquante centimes dans la région externe et postérieure de la couche optique, empiétant largement en dehors sur la capsule interne. De nombreuses petites lacunes siégeant dans les autres parties de l'hémisphère expliquent ici la complexité du tableau symptomatique. Contrairement au cas précédent il s'agit ici d'un cas de *syndrome thalamique mixte*.

Discussion. — M. *Dejerine* fait remarquer que le syndrome thalamique qu'il a décrit se remontra assez souvent. Il insiste aussi sur ce fait que lorsque les troubles des sens spéciaux, ouïe, odorat, goût, existent dans l'hémianesthésie par lésion thalamique, ils disparaissent assez rapidement. Par contre, lorsqu'il y a hémianopsie, ce qui est assez rare, cette hémianopsie ne rétrocède pas.

M. *Roussy*, n'a jamais observé de syndrome sensitif pur.

Pachyméningite cervicale hypertrophique. — M. *J. Tinel* présente les pièces et rapporte l'observation d'une malade du service de M. le professeur Dejerine, atteinte de pachyméningite cervicale hypertrophique. L'autopsie a montré, en effet, un large anneau fibreux de 4 à 7 millimètres d'épaisseur, long de 10 centimètres environ, enserrant la moelle de la VI^e^ cervicale à la VI^e^ racine dorsale. Cette pachyméningite, reconnue à l'examen d'origine syphilitique avec scléro-gommes, se prolongeait sur la face antérieure du bulbe et de la protubérance et tapissait toute la surface du cervelet.

Or, pendant la vie, cette pachyméningite ne s'est traduite par aucun des signes classiques de cette affection : ni douleurs, ni atrophie musculaire, ni paralysie au niveau des membres supérieurs. Au contraire, elle avait présenté une marche rapide, évoluant en un an et déterminant un syndrome d'hypertension intracranienne avec céphalée intense, vomisse-

ments, vertiges, lipothymies, crises épileptiformes à la fin, et stase papillaire avec cécité complète, syndrome qui rappelait complètement celui des tumeurs cérébrales. De plus, existaient quelques symptômes cérébelleux, en particulier une titubation ébrieuse telle que la marche était impossible.

D'autre part, on constatait, au niveau des membres inférieurs, du tronc, et des membres supérieurs, des troubles croisés de la motricité et de la sensibilité rappelant le syndrome de Brown-Sequard : en effet, à droite, légère parésie avec exagération des réflexes, ébauche de trépidation et signe de Babinski; à gauche, troubles assez profonds de la sensibilité douloureuse et thermique, constituant, en somme, le syndrome sensitif d'une légère hémicompression de la moelle.

Il existait d'autres troubles de la sensibilité, un peu d'hypoesthésie au toucher, du retard de la sensibilité, et de l'incoordination légère avec troubles du sens des attitudes; mais ces troubles plus légers, répartis des deux côtés à peu près également, semblent, contrairement aux premiers, constituer un syndrome radiculaire et liés sans doute à la compression des racines par l'hypertension dans les gaines de la queue de cheval pour les membres inférieurs, et à l'irritation de ces racines par un processus de névrite transverse au niveau de la pachyméningite, pour les membres supérieurs.

L'anxiété et son traitement direct. — M. *Pierre Bonnier* cherche à agir sur le noyau bulbaire de la réaction anxieuse, par une légère cautérisation du trijumeau nasal, au-dessus du cornet inférieur. Il communique quatre observations de mélancolie, avec dépression et anxiété, plus trois cas de *trac* chez des acteurs, où l'anxiété générale et spéciale a totalement disparu en peu de temps par ce moyen direct.

Le réflexe conjonctivo-mentonnier. — M. *Marbé* dépose une note sur le réflexe conjonctivo-mentonnier d'Obreggia. Il rappelle qu'il a signalé ce symptôme analogue dans la paralysie faciale.

Paul Sainton.

Société médico-psychologique.

SÉANCE DU LUNDI 25 JANVIER 1909.

De l'origine périphérique de certains délires. — M. *Picqué* qui, dans une précédente communication a envisagé la question au point de vue des doctrines et étudié spécialement la cénesthésie, se place aujourd'hui sur le terrain clinique. Les observations qu'il apporte à la Société sont des cas de mélancolie associés à des infections cliniques latentes.

Les auteurs ont souvent signalé la coexistence fréquente avec la mélancolie, de lésions somatiques, de troubles digestifs, d'amaigrissement, de déperdition progressive des forces et de cachexie; cette coexistence les amena à étudier le rôle des affections organiques dans la genèse de la mé-

lancolie. Esquirol, Loiseau, Azam, etc., plus récemment, Bouchard, Krafft-Ebing ont signalé l'heureux effet du traitement de la dilatation de l'estomac, sur certains états mélancoliques, et les diverses études qui ont été faites sur les auto-intoxications aboutissent aux mêmes constatations. Aujourd'hui, la mélancolie est entrée dans une phase nouvelle; elle n'est plus considérée comme une entité, mais comme un syndrome pouvant apparaître au cours d'affections diverses. Ce n'est plus, comme l'a fort bien dit Joffroy, que l'expression psychique d'un trouble somatique.

M. Picqué s'élève contre ce fait que si beaucoup d'affections médicales y ont été signalées, il n'a jamais été réservé de place aux affections chirurgicales dans l'étiologie de la mélancolie.

Dans les observations qu'il rapporte aujourd'hui à la Société, bien que la lésion sous-jacente à la mélancolie soit constituée par un foyer infecté, l'auteur montre quelle distance sépare ces observations de celles du délire infectieux. Dans ce dernier, le délire n'occupe qu'une place secondaire dans le syndrome clinique; ce qui domine est la confusion mentale accompagnée ou non du délire de rêve.

Dans les cas que M. Picqué étudie aujourd'hui et qui s'accompagnent de délire mélancolique, tout phénomène d'infection a disparu. L'état de déchéance physique, de cachexie que beaucoup considèrent comme consécutif au délire, représente le trait d'union entre le foyer infectieux et l'état de déchéance mentale.

M. Picqué apporte ainsi une contribution à l'étude de l'origine périphérique des délires, élargissant la doctrine des infections endogènes dans la génèse de la folie. Les anciens auteurs qui admettaient la subordination du délire à une cause organique invoquaient la coexistence des deux éléments et leur évolution parallèle. L'aggravation ou l'amélioration simultanées étaient pour eux la meilleure preuve, la démonstration définitive. Les mêmes arguments conservent aujourd'hui toute leur valeur, mais les observations actuelles affectent des éléments nouveaux.

L'acte opératoire en multipliant les observations autrefois trop peu nombreuses pour entraîner la conviction donne une démonstration quasi mathématique. D'autre part, la pathologie générale, l'anatomie pathologique et la clinique nous renseignent sur la nature et la marche des processus, les conditions de résistance de l'organisme et expliquent des points jusqu'ici restés obscurs.

M. Picqué étudie les diverses objections faites au rôle de la chirurgie dans la guérison des délires et répond par l'examen rapide de ses observations aux questions de coïncidence si souvent invoquées. Il insiste sur la rapidité des guérisons, six jours, huit, vingt-six, vingt-neuf jours après les interventions. Parfois, la guérison se montre rapidement dans des délires anciens remontant à deux ans, six ans, onze ans. Dans les cas où elle tarde à survenir, l'anatomie pathologique montre des affections à foyers multiples, difficiles à guérir chirurgicalement, comme certaines

mammites puerpérales, les suppurations diffuses des membres, les fistules stercorales, etc.

Pour expliquer le cas dans lesquels la guérison ne se produit pas, M. Picqué admet que le degré de la prédisposition intervient toujours pour permettre la guérison ou l'empêcher. La prédisposition, ajoute-t-il, commande, dans tous les cas, la forme clinique et permet, dans certains cas, de prévoir le résultat opératoire.

Enfin, M. Picqué insiste sur ce fait que les rechutes après opération ne peuvent amoindrir la valeur des résultats obtenus par l'intervention, puisque, après celle-ci, le malade conserve un terrain dégénératif qui peut permettre l'évolution d'autres délires dans des conditions différentes ou identiques.

M. Picqué montre à l'aide de ses observations que la clinique permet d'établir très nettement les rapports de l'infection et du délire, et conclut en disant que le concours des diverses branches des sciences médicales est indispensable pour arriver à la solution du problème des origines organiques du délire.

* * *

Au début de la séance, M. *Antheaume* dépose sur le bureau de la Société une motion ainsi conçue:

A Monsieur le Président de la Société médico-psychologique.

Monsieur le président,

Nombre de nos collègues de la Société médico-psychologique sont, à cette période de l'année, en but aux sollicitations intéressées de candidats qui déposent des mémoires, livres, etc., en vue de l'obtention des divers prix dont dispose notre Société.

Nous croyons que pour remédier à cet état de chose, et afin de mettre au-dessus de toute critique l'attribution des prix et récompenses de la Société, il serait désirable que désormais les membres des commissions de prix fussent désignés par voie de tirage au sort entre les membres titulaires.

Jusqu'ici, les commissions de prix ont été nommées, soit par voie de désignation au scrutin secret, soit le plus souvent par *désignation directe.*

Dans le système que nous proposons, ce serait sur désignation du sort — donc en toute indépendance — que les membres des commissions des prix seraient nommés.

Nous vous prions, Monsieur le Président, de vouloir bien soumettre, à cette séance de janvier cette demande, guidée uniquement par des raisons de haute équité, à l'appréciation, qui ne peut être que bienveillante, de nos collègues.

Veuillez croire à l'assurance de nos plus respectueux sentiments.

Signé : Antheaume, Colin, Pactet.

Après l'approbation des comptes du trésorier, et l'installation du nouveau bureau pour 1909, la Société, présidée par M. Legras, prend connaissance de la motion précitée.

MM. *Colin* et *Pactet* font observer qu'ils ont signé cette demande de tirage au sort des jury de prix, formulée par leur collègue M. Antheaume, parce qu'elle est de tous points justifiée et qu'ils y voient l'indice d'une évolution qui, de tous côtés, se fait dans les esprits en matière de concours ; ils seraient très désireux de voir ce système se généraliser et notamment de le voir appliquer au concours d'adjuvat dont on sait l'importance.

M. *Vallon* approuve la motion et demande que la Société s'occupe des réformes à introduire dans l'actuelle organisation du concours d'adjuvat, notamment en ce qui concerne la composition et le recrutement du jury.

M. *Antheaume* fait remarquer qu'en rédigeant la motion qu'il a déposée, motion qui vient d'être signée par ses collègues Colin et Pactet, il n'a pas envisagée une telle généralisation ; il considère que demander à la Société la désignation des jurys de prix par tirage au sort, est une chose bien définie, et que procéder à la réorganisation de l'adjuvat dans un sens analogue en est une autre, et que l'une ne saurait être la conséquence obligée de l'autre. Sous cette réserve, il accepte volontiers la proposition de M. Vallon, de voir la Société étudier les modifications à apporter au sujet du jury de l'adjuvat.

Après une discussion à laquelle prennent part notamment MM. *Magnan*, *Lwoff*, *Pactet*, *Legrain*, *Antheaume*, il est décidé : que la motion précitée est prise en considération et qu'il sera sursis jusqu'à la prochaine séance à la désignation des commissions de prix.

Finalement, dans le but de l'incorporer au règlement de la Société, la motion de MM. Antheaume, Colin et Pactet est reprise par ses auteurs, revêtue du nombre de signatures nécessaires, et remise au bureau afin qu'une commission de cinq membres, élue au scrutin secret, soit nommée en conformité du titre VIII, sur la revision du règlement. MM. Briand, Vallon, Antheaume, Colin et Pactet sont désignés par le suffrage de leurs collègues pour faire partie de cette commission de revision du règlement et de réforme du concours de l'adjuvat.

René CHARPENTIER.

Société clinique de médecine mentale

SÉANCE DU 18 JANVIER 1909

Délire systématisé chez un dégénéré dont la mère est atteinte de délire polymorphe. (Présentation de deux malades). — MM. *Magnan* et *Vieux-Pernon* montrent, chez leur premier malade, la genèse lente et progressive d'un délire mystique. Dans de nombreuses lectures, mal digérées

il puise ses idées philosophiques et humanitaires et arrive à se persuader qu'il doit transformer la société et qu'il est le Messie. Des interprétations nombreuses, portant surtout sur les textes des livres religieux qu'il a lus, viennent confirmer ces idées. Deux hallucinations visuelles sont pour lui la révélation qu'il attendait depuis si longtemps. Le sujet décrit très bien les multiples phénomènes hallucinatoires et délirants qu'il a présentés, sa psychologie est celle des réformateurs. La mère, internée elle aussi au service d'admission, est également présentée à la Société. Elle est atteinte d'idées de grandeur incohérentes, que l'on peut rattacher au délire polymorphe des dégénérés. Mais, devant son affaiblissement intellectuel, ne faudrait-il pas réserver le diagnostic ?

Apparition de tics et de phénomènes convulsifs liés à un délire mélancolique chez une dégénérée héréditaire. — MM. *Colin* et *Mignard* en présentant une malade insistent sur la complexité des différents symptômes et sur leurs réactions mutuelles.

Une obsession, née d'une cause futile, prend rapidement un caractère assez aigu pour déterminer un délire mélancolique avec idées et tentatives de suicide. Puis, apparaît un tic qui a son origine dans un mouvement de défense en rapport avec le délire, devient plus tard un tic d'habitude et rentre dans la série des phénomènes moteurs observés chez la malade, astasie, abasie, spasmes, gloussements, etc. Tout ce complexus symptomatique réagit à son tour sur le délire, et, chez cette héréditaire, dont le père s'est suicidé et dont le frère est mort aliéné, devient la cause principale de la tendance au suicide et des troubles mélancoliques actuels.

Un cas d'onycho-trichophagie chez une démente mélancolique. — MM. *Briand* et *Brissot* présentent une ancienne mélancolique anxieuse, qui, bien qu'elle soit aujourd'hui une démente, a conservé une habitude contractée pendant sa période délirante, et qui consiste à se ronger continuellement les ongles ou à s'arracher, un à un, les poils, pour les manger, après les avoir noués.

L'intérêt de la présentation réside surtout dans la pathogénie de cette « onycho-trichophagie », syndrome devant être logiquement considéré comme un geste stéréotypé et définitif. Celui-ci n'a survécu que grâce à une cristallisation qui le rend automatique, au moment de la disparition du délire à forme angoissante, qui l'avait fait naître.

Méningite tuberculeuse chez un héréditaire dément précoce, porteur d'une lésion ancienne de tuberculose osseuse. (Présentation de pièces et de préparations.) — MM. *Vigouroux* et *Naudascher* présentent le cerveau et les préparations histologiques des organes provenant de l'autopsie d'un dément précoce de vingt-six ans, mort de granulie et de méningite tuberculeuse à l'asile de Vaucluse.

Ce malade, héréditaire dégénéré (mère internée), était porteur depuis l'âge de quinze ans d'une lésion tuberculeuse de l'humérus.

A vingt ans, il eut une attaque épileptiforme et depuis il présenta des

idées hypocrondriaques et mystiques mal systématisées. Il fit également de nombreuses fugues et fut même arrêté au cours de la dernière. Ces fugues n'étaient pas de nature épileptique. Puis son intelligence s'affaiblit et, à son entrée à l'asile, il présenta le syndrome de la démence précoce. La mort survint quelques mois plus tard.

Les auteurs admettent l'importance pathologique de la lésion tuberculeuse osseuse, dont les toxines solubles, diffusées dans tout l'organisme, ont agi particulièrement sur le cerveau et ont provoqué l'ictus, le délire et la démence.

La méningite était constituée par une infiltration énorme de la pie-mère, des lymphocytes réunis sous forme de nodules dont le centre est en voie de désintégration, par de l'endartérite des vaisseaux, etc. Il n'y avait pas de follicules tuberculeux. C'était une bacillose méningée non folliculaire. Les autres organes présentaient des tubercules et des follicules. Le foie était en dégénérescence graisseuse avancée.

M. *Pactet* fait remarquer que les faits signalés par M. Vigouroux sont en désaccord avec la conception anatomo-pathologique de la démence précoce énoncée par Klippel, pour qui la lésion exclusive du neurone serait pathologique. La délimitation exacte des lésions semble aussi difficile à établir que celle des symptômes au point de vue clinique.

Un cas de paralysie générale juvénile. Mort. (Présentation du cerveau.) — M. *Marie*, de Villejuif, montre l'encéphale d'un malade qui avait été présenté par M. Colin et que ce dernier ne considérait pas comme un paralytique général proprement dit, mais comme un arrêt de développement avec lésions cérébrales, dues peut-être à l'hérédo-syphilis ayant provoqué l'apparition du syndrome paralytique. Pour M. *Marie*, il s'agit d'un cas de paralysie générale juvénile.

Discussion. — M. *Colin* fait observer qu'avant de se prononcer définitivement sur le fait actuel, il est indispensable d'attendre le résultat de l'examen histologique que vont faire, chacun de leur côté, MM. Marie et Vigouroux. Il rappelle un cas de Marchand où le diagnostic de paralysie générale fut réfuté par l'autopsie qui fut faite par Klippel et révéla les lésions anatomo-pathologiques de la démence précoce.

René Charpentier.

ASSISTANCE

Circulaire officielle sur l'attribution du pécule des aliénés décédés dans les asiles publics

Paris, le 10 février 1909.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur,
A MM. les Préfets,

J'ai été consulté sur la question de savoir si la règle actuellement suivie dans les asiles publics en ce qui concerne le pécule des aliénés décédés qui, d'après l'arrêté ministériel du 19 décembre 1892 (art. 163), doit faire retour à l'établissement, se trouve modifiée pour un arrêt de la Cour des comptes, du 7 novembre 1907, ainsi conçu :

«... Attendu que si les effets des hospitalisés décédés sont régulièrement attribués aux établissements de bienfaisance, ainsi que le rappelle l'article 1070 de l'Instruction générale des finances du 20 juin 1859, il en est autrement des valeurs mobilières qui appartiennent aux héritiers des décédés ou à l'État.

« Que le pécule des hospitalisés ne doit donc pas faire retour à l'établissement. »

Le Comité des inspecteurs généraux de mon ministère, que j'ai saisi de la question, a émis l'avis :

« 1° Que l'arrêté de la Cour des comptes (rendu sur les comptes de l'hôpital-hospice de Niort) n'infirme pas l'article 163 de l'arrêté ministériel du 19 décembre 1892 ;

« 2° Que cet arrêté ne sera définitivement exécutoire dans les asiles, que lorsque le Préfet l'aura promulgué comme tel dans son département. »

Il vous appartient donc, si vous ne l'avez déjà fait, de procéder à la promulgation de l'arrêté, ou à l'incorporation de ses dispositions dans les règlements particuliers des asiles.

Pour le Président du conseil, ministre de l'intérieur.
Le directeur,
Signé : Mirman.

Circulaire officielle pour le placement d'urgence des aliénés sans famille (en Espagne[1], juillet 1908.)

1° Le procès-verbal de demande de mise en observation à l'asile, d'un aliéné sans famille, sera transmis, par les autorités locales, au juge de première instance du lieu du dernier domicile, chargé de faire une enquête ; 2° au bout d'un mois les directeurs de l'établissement devront, s'il y a

1. *Revista frenopatica española*, juillet 1908.

lieu, demander un nouvel ordre de mise en observation aux autorités locales ou provinciales, et engager les familles à régulariser le placement; 3° on n'autorisera les sorties qu'avec des garanties; 4° si personne ne sollicite le placement, la direction de l'établissement donnera avis au gouverneur civil avec un certificat médical; ce magistrat régularisera le placement. Au bout d'un an, après avis du médecin en chef, le placement sera rendu définitif.

L Wahl.

L'asile-colonie régional de retardés de Lujan, province de Buenos-Ayres

Le 15 novembre dernier, on posait solennellement, à Lujan, la première pierre d'un asile-colonie qui, d'après les renseignements qui nous parviennent, paraît devoir être un établissement moderne et modèle, dans toute l'acceptation du terme. A cette occasion, le professeur Domingo Cabred, le psychiatre bien connu, a prononcé le très intéressant discours que voici :

Monsieur, le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames,
Messieurs,

La tutelle généreuse de l'État se fait sentir cette fois en faveur de la classe des invalides mentaux, appelés retardés, pour qui s'élève l'établissement dont nous plaçons aujourd'hui la première pierre.

La fondation de cet asile-colonie régional s'effectue en accomplissement de la loi 4953, promulguée le 28 juillet 1906, dont la transcendantale importance se fait évidente par le seul fait d'énoncer son objet : la création d'asiles et d'hôpitaux régionaux pour l'assistance et le traitement de toutes sortes de maladies.

C'est avec un plaisir extrême que je remplis un devoir de stricte justice en rappelant dans cette occasion le nom du docteur Manuel Auguste Montes de Oca, ex-ministre des affaires étrangères et des cultes, qui, avec la vision claire de pourvoir à l'hospitalisation de milliers de malades indigents, qui de tous les points du pays arrivent à la capitale fédérale, formula le projet de la loi mentionnée plus haut et le soutint éloquemment au Congrès.

Cette belle loi de bienfaisance est ainsi venue donner la solution complète, qui déjà n'admettait aucun retard, de l'important problème d'assistance publique nationale.

Il m'est également agréable de constater que S. Exc. M. le Président de la République prêta l'appui de toute son autorité au projet ministériel; qu'il facilita par tous les moyens en son pouvoir l'accomplissement de la loi donnant à la Commission que j'ai l'honneur de présider les plus amples attributions, et enfin que, toujours animé par son haut

intérêt, il a daigné accepter le parrainage de la naissante institution, en rehaussant cette fête par sa présence et par sa parole.

I

Cet asile vient combler une nécessité pressante; car le pays manque d'établissements spéciaux pour cette classe d'anormaux. Pour cela, depuis de longues années, me rendant compte comme directeur de Las Mercedes, des multiples inconvénients qui en dérivent, j'ai demandé la création d'un asile-école, d'un asile-colonie; et il est facile de se faire une idée, devant l'acte que nous célébrons aujourd'hui, de l'intime satisfaction que je ressens en voyant mes aspirations comblées !

Faisant abstraction des retardés profonds, on n'ignore pas que les moins dégénérés, non seulement ne peuvent point recevoir dans les écoles communes l'instruction nécessaire, mais encore qu'ils constituent un élément de désordre et même de danger pour la population scolaire normale. Ils ne s'adaptent pas non plus à la vie sociale ; car ces faibles d'esprit et anormaux moraux se trouvent exposés à tomber et tombent fréquemment dans le vice, dans le délit ou la folie. Par conséquent, les assister, les élever, les rendre utiles pour eux-mêmes et pour la collectivité en leur appliquant un traitement opportun, est œuvre d'amour du prochain et de défense sociale en même temps.

Cet établissement est le premier qui surgit dans la série des grands asiles qui font partie du programme de la Commission approuvé par le gouvernement et qui, sous peu, vont se construire. Les plans ont été tracés par M. l'architecte H. Thalman, avec la compétente intervention de M. le directeur des œuvres d'architecture, l'ingénieur Charles Massini, d'accord en tout avec les principes d'ordre médical et pédagogique établis par la commission et qui caractérisent le système auquel répond l'Institut.

La création de cet asile ouvre ainsi une ère nouvelle dans le traitement de cette classe d'anormaux; car, entre nous, de même que dans les pays les plus avancés de l'Europe, ils ont été les derniers à profiter des bienfaits de la charité et de la science. On sait, en effet, — et sans nécessité de remonter aux temps de la Grèce antique, où les Spartiates utilisaient l'Europe pour éliminer les enfants dégénérés, — que, jusqu'au commencement du dix-neuvième siècle, même chez les nations les plus civilisées, ces anormaux manquaient de tout traitement.

A partir de cette époque, commença, dans quelques pays de l'Europe, à se réveiller certain intérêt en faveur de ces malheureux, et ils furent admis dans des sections des hôpitaux communs et des asiles d'aliénés, bien qu'en nombre restreint; car l'idée d'incurabilité qu'inspiraient ces pauvres agénésiques était tellement enracinée qu'on jugeait inutile un quelconque effort éducatif, et coûteuse toute dépense.

La France qui, grâce aux travaux de Pinel et de Daquin, fut l'une des initiatrices de la réforme dans le traitement des aliénés, est aussi celle à qui revient l'honneur d'avoir mis en pratique, pour la première fois, en 1801, bien qu'en forme de petit essai, le système conçu par Itard, pour l'éducation de l'idiot, appelé le Sauvage de l'Aveyron. Quelques années plus tard, Belhomme, dans son étude sur l'idiotisme, affirmait formelle-

ment l'idée de l'éducabilité des phrénasthéniques, en formulant cette conclusion : les idiots sont éducables selon leur degré d'idiotisme. La vérité de cette assertion fut faite patente par Ferrus à Bicêtre, et par Falret à la Salpêtrière, avec les bons résultats obtenus dans les écoles que l'on fonda respectivement dans ces asiles, en 1828 et 1831, pour l'éducation d'enfants idiots. F. Voisin obtenait, peu de temps après, des résultats égaux dans l'institut particulier établi par lui; mais, jusqu'alors, faisait défaut une méthode précise et scientifique qui pût orienter dûment l'éducation de ces anormaux. Cette méthode fut créée en France, en 1842, par le savant Séguin, dont l'œuvre intelligente et pleine d'abnégation en faveur de ces enfants, pendant quarante ans, en Europe et aux États-Unis, fit de lui l'apôtre de tels malheureux.

Presque en même temps que Seguin, Saegert, en Allemagne, et Guggenbühl, en Suisse, commençaient le traitement des phrénasthéniques, qui devait atteindre, dans la première de ces nations, un perfectionnement tel, qu'elle se trouve placée en première ligne. Des savants comme Kind, Guttstad, Ideler, Cramer et, plus tard, Alt, Sommer, Weygandt et autres, ont donné une impulsion considérable à l'étude et au traitement des anormaux. On tient fréquemment, dans ce pays, des congrès sur l'éducation des phrénasthéniques; on publie des revues sur cette matière; on organise des sociétés protectrices de l'enfance anormale; on crée des classes spéciales, des annexes aux écoles communes, des écoles autonomes et des asiles à la campagne; on ouvre sur la psychologie des retardés des cours où l'on rend manifestes les récentes acquisitions de l'anatomie normale et pathologique du cerveau, et aussi, les résultats de l'expérimentation psychologique; et finalement, comme digne couronnement de ces efforts, on édicte des lois qui rendent obligatoire l'assistance et l'éducation des anormaux. Admirable exemple de la culture humaine que nous devons imiter dans notre pays !

En Angleterre, — pays classique de l'initiative privée, — se produisit aussi un actif mouvement en faveur des retardés, grâce à la propagande et aux études de Conolly, Reed, Colstresm, Brodie, Clouston, Shuttleworth et Beach. On fonda les magnifiques asiles de Earlswood, Essex-Hall, Royal-Albert, Darenth, Clapton, etc., et postérieurement de nombreuses écoles. En Écosse furent créés les asiles de Baldovan et de Larbert.

Un si intéressant mouvement de la philanthropie et de la science s'est généralisé dans la plus grande partie des pays de l'Europe et c'est ainsi que le Danemark, l'Autriche, la Suisse, la Belgique, la Hollande, la Norvège, la Suède, l'Italie et la Russie ont établi, avec le meilleur succès, ce même traitement. La première de ces nations mérite une mention toute spéciale, car elle présente le plus grand nombre d'enfants assistés par rapport à sa population, et elle possède l'asile de Brejning, un des plus beaux du monde, œuvre du professeur Keller.

La France, qui, d'une manière si heureuse, commença l'éducation des anormaux à Bicêtre, la Salpêtrière, Vaucluse, Vallée, etc., s'est arrêtée en chemin malgré les efforts de Delasiauve, de Bourneville, — le savant organisateur de l'admirable service des retardés de Bicêtre, — de A. Voi-

sin, Blin, Régis, Binet, Thulié, Rouvinovich et d'autres psychiatres et éducateurs.

Mais, ce stationnement est sur le point de disparaître. Des hommes d'État comme Chaumié, Bourgeois et Briand ont affronté avec enthousiasme l'étude de l'intéressante question, aidés par les conseils de médecins, psychologues et pédagogues, et le fruit de cette étude est le projet de loi présenté aux Chambres, en juin 1907, sur l'instruction des anormaux et qui complète la loi de juin 1904 relative aux pupilles difficiles ou vicieux de l'Assistance publique.

Les États-Unis ont incorporé, il y a plus de cinquante ans, à leur régime d'éducation, l'enseignement des retardés, promu par Mann, Summer et Seguin. En revanche, dans l'Amérique latine, peu, très peu s'est fait dans ce sens. La section des retardés de l'Hospicio de las Mercedes et celle de l'asile d'aliénés de Rio-Janeiro, fondée en 1903, dans lesquelles s'est réalisé, en petite échelle, le traitement médico-pédagogique, indiquent uniquement que l'on a posé le premier jalon.

Le conseil national d'éducation de notre pays a, depuis peu de temps, le projet d'ajouter aux écoles communes des sections spéciales pour l'enseignement des enfants anormaux. Il existe, en outre, un projet de loi présenté par M. le député Carlés, en 1907, sur la création d'écoles aux fins identiques.

II

Voyons maintenant ce que représente l'établissement qui commence à s'élever aujourd'hui. Il est destiné à l'assistance et à l'éducation des retardés des deux sexes, quels que soient le degré et la forme de l'insuffisance psychique. Les anormaux légers, les moyens et profonds, les apathiques, les instables, les amoraux, avec paralysie, avec crises convulsives ou délirantes, inadaptés tous au moyen scolaire et au moyen social, se trouveront là groupés et distribués convenablement dans les différentes sections et sous-sections dont se compose l'institut.

On appliquera l'éducation physique, intellectuelle, morale et professionnelle, sous une direction médicale, dont ces anormaux ont si grand besoin, tout cela formant le traitement si heureusement désigné par Bourneville, sous le nom de médico-pédagogique. Les moyens éducatifs spéciaux qui se mettront en pratique consulteront les aptitudes individuelles et auront fondamentalement pour objet l'utilisation sociale du retardé. Pour cela, — et indépendamment de l'enseignement concret, sensoriel, intuitif, de l'école, — les travaux manuels dans les différents ateliers et la culture de la terre, dans ces formes distinctes, constitueront la base du traitement. En dehors de son efficacité éducative, le travail appliqué en grande échelle, constituera aussi un facteur important d'économie pour l'institut, comme on le voit dans les asiles d'aliénés bien organisés.

III

Pour réaliser un programme si flatteur, le nouvel asile disposera de tous les éléments. Il s'élève dans une prairie magnifique de 234 hectares, très fertile, entourée de voies de communication et il se composera de

nombreux pavillons séparés. La forme de ces pavillons est celle de chalets, petits, simples et commodes, d'aspect familier, adaptés aux conditions de notre climat et disposés en ordre dispersé, au milieu de jardins qui procureront dans leur ensemble l'impression d'un pittoresque petit village.

L'asile comprendra cinq grandes sections, séparées entre elles par d'amples avenues. La première est celle d'admission, où, à leur entrée, seront examinés et classés les anormaux, avant d'être distribués dans les sections qui leur correspondent. La seconde, pour éducables, en plus des villas de logement, comptera des ateliers pour divers offices, l'école, le gymnase, le théâtre et l'église. La troisième, pour retardés profonds, aura des villas qui, dans leur disposition intérieure auront tout ce que l'on peut exiger pour le traitement et le soin de ces derniers. La quatrième, comprendra les adultes travailleurs. La cinquième se compose de la laiterie, du lieu propre à l'élevage de la volaille et des cochons, le tout entouré par les champs de culture, les services généraux, la cuisine, la maison des machines, etc.

Il n'y aura point de murs de circonvallation qui limitent l'horizon et le système des portes ouvertes, — open-door, —, suffira amplement pour ces anormaux, comme il suffit pour les aliénés dans l'établissement que l'on aperçoit d'ici même et que j'eus aussi l'honneur de fonder.

Ces principes scientifiques et humanitaires mis en pratique sous le régime de l'internat, qui est la meilleure forme d'éducation pour anormaux, on obtiendra, dans l'Argentine, les mêmes bénéfices atteints dans les institutions similaires d'Europe. Et pour que l'on voie sous forme concrète jusqu'où peut arriver le bien rapporté par elles, je citerai les chiffres d'une statistique de l'asile royal de Lancastre, pour retardés de toutes classes, mentionnée dans un travail du docteur Demoor. De cet établissement sortirent 13,5 p. 100, en conditions de gagner leur vie ; 22 p. 100, très améliorés; 22 p. 100, sans amélioration ; 29 p. 100, transportés dans d'autres asiles; 8,5 p. 100, décédés.

Faisons alors des vœux, Monsieur le Président, Monsieur le Ministre, Mesdames et Messieurs, pour que l'institut médico-pédagogique que nous fondons aujourd'hui et dans lequel se réalisera, autant que possible, cette œuvre superbe de régénération, ouvre ses portes au plus tôt aux pauvres êtres qui ont besoin de lui !

Le nombre des aliénés en Angleterre

D'une statistique récente, il résulte que le nombre des aliénés reconnus comme tels, en Angleterre, s'élevait à 123988, le 1er janvier 1907, et à 126084 le 1er janvier 1908, ce qui correspond à un accroissement de 2096 au cours de l'année 1907.

Par rapport à la population totale du Royaume-Uni, on comptait, au 1er janvier 1908, 1 aliéné sur 280 habitants ; cette proportion n'était que de 1 sur 309, au 1er janvier 1898. L'accroissement du nombre des aliénés a été de 23,7 p. 100.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CONCOURS D'ADJUVAT DES ASILES D'ALIÉNÉS

I

Épreuves et résultats du récent concours

Le lundi 1er février 1909 s'est ouvert, au Ministère de l'intérieur, le concours annuel pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés de France. Le jury était présidé par M. Granier, président du comité des inspecteurs généraux des services administratifs au ministère de l'Intérieur, assisté de MM. Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure); Keraval, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne; Dupré, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Anglade, médecin en chef de l'asile public d'aliénées de Bordeaux; Raviart, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille; Jean Lépine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, et Bourdin, médecin en chef de l'asile public d'aliénés du Mans (Sarthe), suppléant.

Trente-six candidats s'étaient fait inscrire.

I. — Épreuves d'admissibilité

PREMIÈRE ÉPREUVE

Question écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. — Durée : quatre heures. Maximum : 30 points.

Questions mises dans l'urne :

1° *Voies centrales de la sensibilité. Anatomie et Physiologie*[1].

2° Couche optique. Anatomie et Physiologie.

3° Lobe frontal. Anatomie et Physiologie.

DEUXIÈME ÉPREUVE

Question écrite sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés. — Durée : deux heures. Maximum : 10 points.

Questions mises dans l'urne :

1° *Intervention de l'autorité judiciaire, d'après la loi du 30 juin 1838.*

2° La Commission de surveillance des asiles d'aliénés.

3° Le travail des aliénés et sa rémunération.

TROISIÈME ÉPREUVE

Titres et travaux scientifiques. Maximum : 10 points.

1. *Nota :* Les questions sorties de l'urne sont en *italique*.

A la suite de ces épreuves, vingt-quatre candidats ont été déclarés admissibles. Ce sont, avec leurs points respectifs :

1. Camus, ancien interne des hôpitaux de Paris 43
2. Froissart, interne des asiles de la Seine 42,5
3. Gauthier, ancien interne des hôpitaux de Lyon 42
4. Perrens, interne des asiles de la Seine 41 3/4
5. Fay, interne des asiles de la Seine 40
6. Suttel, médecin adjoint à l'asile privé du Puy (Haute-Loire) . . . 30
7. Schwartz, ancien interne de l'asile de Clermont (Oise) 38 3/4
8. Conso, ancien interne des asiles de la Seine. 38 1/2
   Gelma, interne des asiles de la Seine. 38 1/2
10. Chèze, ancien interne des hôpitaux de Lyon 37 1/2
11. Pages, ancien interne à l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente) . 37 1/4
    Bourilhet, interne des asiles de la Seine. 36 1/4
    Mézie, ancien interne à l'asile de Dury-les-Amiens (Somme). . . . 36 1/4
14. Cotard, ancien interne des hôpitaux de Paris 36
15. Latapie, interne des asiles de la Seine 35 1/4
    Levert, interne des asiles de la Seine. 35 1/4
17. Barbé, ancien interne des hôpitaux de Paris. 35
18. Condomine, interne à l'asile de Bron (Rhône). 34 1/4
    Loup, ancien interne de l'asile de Bron (Rhône) 34 1/4
20. Vieux-Pernon, interne des asiles de la Seine 33
    Bussard, médecin-adjoint à la maison de santé de Neuilly-sur-Seine. 33
22. Salin, interne à l'asile de Bron (Rhône) 32 1/4
23. Lafage, interne à l'asile de Bordeaux. 30 1/2
24. Rebatel, ancien interne des asiles de la Seine 30

II. — Épreuves d'admission

QUATRIÈME ÉPREUVE

Médecine et Chirurgie. Épreuve orale. Quinze minutes d'exposition après vingt minutes de réflexion. Maximum : 20 points.

Les questions traitées aux trois séances qui ont eu lieu sont :

1° *Diagnostic et traitement de la péritonite tuberculeuse;* 2° *Signes et diagnostic du mal de Pott;* 3° *Hématuries.*

CINQUIÈME ÉPREUVE

Épreuve clinique orale. — Examen d'un malade (vingt minutes pour l'examen, dix minutes pour la réflexion, quinze minutes pour l'exposition). Maximum : 30 points.

SIXIÈME ÉPREUVE

Épreuve clinique écrite médico-légale. Examen d'un malade (vingt minutes pour l'examen, une heure pour la rédaction d'un rapport avec considérations médico-légales). Maximum : 20 points.

A la suite de ce concours ont été nommés médecins adjoints des asiles publics d'aliénés :

MM. les Dr Camus, Froissart et Perrens *ex-æquo*, Cotard, Latapie, Barbé, Vieux-Pernon, Chèze, Salin, Mézie.

Ont en outre obtenu le titre de médecin-adjoint pour les asiles privés : MM. les Drs Gauthier, Suttel, Conso, Bussard, Levert et Rebatel.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

NOMS et classement par ordre de mérite.	ÉPREUVES d'admissibilité.			TOTAL des points obtenus pour l'admissibilité.	ÉPREUVES d'admission.			TOTAL
	Anatomie et Physiologie.	Administration et Législation.	Titres et travaux scientifiques.		Médecine et Chirurgie.	Épreuve clinique orale.	Epreuve clinique écrite médico-légale.	
Asiles publics.	Maxim. 30	Maxim. 10	Maxim. 10		Maxim. 20	Maxim. 30	Maxim. 20	
1. Camus	26	7	10	43	19 1/4	27 1/2	17	106 3/4
2. Froissart	27	9	6 1/2	42 1/2	17	27	18 1/2	105
2. Perrens	27	9	5 3/4	41 3/4	18 1/4	26	19	105
4. Cotard	24	5	7	36	20	24 1/2	16	96 1/2
5. Latapie	22	9	4 1/4	35 1/4	18	24	17	94 1/4
6. Barbé	23	3	9	35	17 1/2	21	16 1/2	90
7. Vieux-Pernon	21	7	5	33	16	21	19 1/2	89 1/2
8. Chèze	23 1/2	7 1/2	6 1/2	37 1/2	17	24	16	88 1/2
9. Salin	24 1/2	3	4 3/4	32 1/4	17	23 1/2	14	86 3/4
10. Mézie	22	8	6 1/4	36 1/4	12	24 1/2	13	85 3/4
Asiles privés.								
1. Gauthier	26	8 1/2	7 1/2	42	16	23	13	94
2. Suttel	25	9 1/2	4 1/2	39	16	21	14	90
3. Conso	25	8 1/2	5	38 1/2	15	19	17	89 1/2
4. Bussard	22	5	6	33	15	22	14	84
5. Levert	25	5	5 1/4	35 1/4	16	14	15	80 1/4
6. Rebatel	20	7	3	30	16	17	12	75

La proclamation du résultat du concours a eu lieu le 17 février 1909, à dix heures, à la salle des fêtes du Ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. A la fin de cette séance, fut communiquée la liste des postes de médecins adjoints vacants : Bailleul (Nord), Breuty-la-Couronne (Charente), Dijon, Fains (Meuse), La Roche-Gandon (Mayenne), Lesvellec (Morbihan), Leyme (Lot), Montdevergues (Vaucluse), Saint-Dizier (Haute-Marne).

II

Des modifications à apporter au concours d'adjuvat

Si mes informations sont exactes, le concours d'adjuvat n'a point eu, cette année, l'heureuse carrière qui lui était habituelle, quand il était présidé par l'homme de tact et d'expérience en cette matière qu'était l'inspecteur général Drouineau.

Les critiques formulées sont multiples et d'ordres très divers[1]. Certaines paraissent fondées.

Sans qu'il soit besoin d'y insister, je me plais à constater qu'elles apparaissent en temps utile, puisque la *révision du concours de l'adjuvat* est du domaine de l'actualité.

On sait, en effet, que, récemment, la Société médico-psychologique n'a pas craint d'altérer le cours de ses séances paisibles, et de sacrifier aux préoccupations modernes, en s'occupant de cette question dont on comprend tout l'intérêt pour la psychiatrie française.

Une commission de cinq membres a été élue, qui doit déposer, à bref délai, le résultat de ses travaux sur ce sujet. Or, dès l'abord, cette commission, — où les opinions les plus diverses sont représentées en matière de concours, puisqu'elle comprend MM. Colin, Briand et Pactet, partisans notoires du *concours spécial pour la Seine*, et MM. Vallon et Antheaume, adversaires irréductibles de cette innovation, — cette commission, dis-je, s'est trouvée *unanime* pour demander que, désormais, la composition et le mode de nomination du jury de l'adjuvat fussent modifiés.

L'œuvre commune s'est trouvée, de la sorte, très facilitée, et chacun s'est mis à chercher la solution la plus élégante du problème.

C'est dans ces conditions, — après que mon honorable collègue M. Colin eut soumis à la Société médicale des asiles de la Seine, certaine de mes propositions de réforme du jury basée sur la R. P., — que j'ai cru bon d'instituer d'urgence une *enquête individuelle*, auprès, non seulement des médecins de la Seine, mais bien de la *totalité* des aliénistes de France ayant qualité pour être ou pour devenir juges au concours de l'adjuvat.

1. Voici la note qui m'a été remise à ce sujet par le docteur Parrot, qui a bien voulu se charger d'enquêter à ce sujet: « Les principales critiques au sujet du concours d'adjuvat de février 1909, se résument à ceci : 1° défectuosité du système d'*anonymat* employé pour la lecture des copies; 2° à l'épreuve dite *sur titres*, certains candidats auraient obtenu, cette année, un nombre de points inférieur à celui que leurs titres et travaux leur auraient valu à de précédents concours d'adjuvat; 3° le droit de vote du président du jury *non médecin* n'a pas été restreint à la seule épreuve de sa compétence, l'épreuve dite d'*administration;* 4° une préséance inaccoutumée a été publiquement conférée dans le jury aux trois agrégés des Facultés de médecine, sans qu'il fût tenu compte de l'âge, du mérite et, en somme, du droit au traitement d'égalité pure et simple, des chefs de service qui représentent dans le concours les asiles publics d'aliénés de France.

*
* *

J'ai donc adressé à tous les chefs de service et adjoints du cadre des asiles publics d'aliénés, des quartiers d'hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, de la Maison nationale de Charenton et de l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police, c'est-à-dire à un ensemble global de cent quarante-trois personnalités médicales, la lettre et le questionnaire suivants :

Le Jury du Concours annuel des médecins adjoints d'asiles publics d'aliénés

Enquête sur un projet pratique de réforme du jury basée sur l'emploi du système de la R. P. (représentation proportionnelle).

Mon cher Collègue,

La question des réformes, ou mieux celle des derniers perfectionnements, à introduire dans l'organisation actuelle du concours d'adjuvat, est à l'ordre du jour.

A la suite d'un échange de vues qui a eu lieu récemment sur ce sujet, à la Société médico-psychologique, une commission de cinq membres a été élue pour étudier spécialement les modifications à apporter dans la composition et le mode de recrutement actuels du jury de l'adjuvat.

Je viens vous exposer dans ses grandes lignes un projet de réformes que j'ai élaboré, quitte à le modifier, selon les résultats de l'enquête que j'institue en ce moment par voie de referendum. C'est vous dire, mon cher collègue, que vous m'obligerez, en m'éclairant de vos lumières, et en me faisant connaître votre opinion autorisée, par une réponse, que j'espère *très prochaine*, au questionnaire que j'ai l'honneur de vous adresser ci-joint.

Jusqu'à présent, en vertu des arrêtés ministériels et décrets sur la matière, les juges des différents concours d'adjuvat ont été nommés au choix, et le système en vigueur consiste, dans ses grandes lignes, à constituer un jury composé de trois chefs de service des asiles publics d'aliénés et de trois représentants des facultés de médecine, recrutés les uns et les autres suivant un mode régional ; la présidence de ces techniciens étant dévolue à un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur.

Cette organisation de jurys à éléments hétérogènes, de jurys *mixtes* pour les désigner d'un mot, a rendu jadis de réels services. Elle a été surtout utile notamment à l'époque encore peu éloignée, où les concours régionaux d'adjuvat, ayant cédé la place à un seul concours pour toute la France, il s'est agi de « lancer » pour ainsi dire ce concours unique, d'assurer en un mot sa réussite, en y attirant un très grand nombre de candidats, et de bons candidats, pour un nombre limité de places.

Or, il est bien certain qu'alors, pour provoquer des candidatures, aussi bien en province qu'à Paris, le système de la représentation régio-

nale, dans le jury, de plusieurs membres de l'enseignement psychiatrique officiel, n'a pas été un élément de succès négligeable. Et, en effet, grâce à l'influence morale exercée par les maitres sur les élèves, et notamment sur les élèves de province, le résultat cherché a été obtenu et en peu d'années, le concours d'adjuvat est devenu ce que l'on sait : un concours où il est difficile d'être parmi les vainqueurs, un concours conférant à ses lauréats un titre universellement estimé aujourd'hui.

Le gros de l'œuvre étant achevé, il semble rationnel, sans danger pour la solidité d'un édifice si bien construit, de songer à lui apporter les derniers perfectionnements, en ayant recours désormais pour l'organisation du jury d'adjuvat, au système classique, usité en période normale de fonctionnement des concours médicaux : la désignation des juges par voie de tirage au sort et leur recrutement exclusif parmi les chefs de service.

Mais si, en principe, c'est ainsi que devrait s'effectuer la désignation et la sélection des sept membres qui composent le jury de l'adjuvat, en fait, il apparaît que cette règle — comme toute règle d'ailleurs — comporte d'inévitables exceptions.

Et d'abord, il serait peu pratique de demander à l'administration de cesser d'être représentée par un haut fonctionnaire de son choix, dans la présidence du jury. Ce système, vivement combattu par certains, ne peut d'ailleurs que donner des résultats satisfaisants si le rôle du président — administratif — consiste à veiller à l'observation rigoureuse de toutes les questions de forme, sans votation sur les questions d'ordre technique, où seul un médecin, et un médecin spécialisé depuis longtemps, est compétent.

D'autre part, ne serait-il pas choquant d'éliminer en bloc du jury la représentation (trop importante certes) des Facultés de médecine, en méconnaissant *ipso facto* les services qui ont été rendus originairement à l'institution qu'il s'agit de perfectionner aujourd'hui ?

Il me paraît désirable à tous égards de conserver parmi les juges un membre de l'enseignement psychiatrique officiel, mais sous cette réserve que la Faculté représentée par ce spécialiste sera désignée par voie de tirage au sort entre les autres Facultés de médecine.

En somme, malgré l'attribution de la présidence et d'un siège de juge technique à des personnalités prises, hors la liste des chefs des services publics d'aliénés, ces derniers n'en conserveraient pas moins la prépondérance qui leur est due dans le jury de l'adjuvat, puisqu'ils disposeraient de six sièges de juges, soit cinq de juges titulaires, et un de juge suppléant.

C'est précisément pour arriver à répartir avec équité ces six sièges de juges entre les très nombreux intéressés qu'il m'a paru pratique de recourir au système bien connu de la représentation proportionnelle, la R. P., avec, à la base, le tirage au sort par catégories d'aliénistes à représenter.

Combien y a-t-il en France d'aliénistes ayant qualité pour faire partie du jury de l'adjuvat et comment les répartir, les catégoriser?

La classification la plus simple — bien qu'elle n'échappe point à la critique, comme toutes les classifications du reste — me paraît celle qui consiste à distinguer deux groupes de chefs de service selon qu'ils

exercent en France dans la capitale ou dans la province[1]; les uns et les autres étant intéressés au concours d'adjuvat, soit parce qu'ils y préparent de nombreux élèves, soit parce qu'ils y recrutent leurs collaborateurs.

On arrive ainsi au nombre total de 94 chefs de service pouvant être juges au concours de l'adjuvat[2] et catégorisés comme suit :

		Chefs de service.
1°	Asiles publics d'aliénés de province	62
2°	Asiles publics d'aliénés de la Seine	22
	Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière[3].	7
	Maison nationale de Charenton	2
	Infirmerie spéciale de la Préfecture de police . . .	1
	Ensemble . . .	94

En tenant compte de ces proportions numériques, il est possible de répartir comme suit les six sièges de juges (5 titulaires et 1 suppléant) réservés aux chefs des divers services d'aliénés sus désignés : 4 juges (3 titulaires et le suppléant) tirés au sort dans le groupe des chefs de service d'asiles publics de province ; 2 juges tirés au sort, l'un exclusivement parmi les chefs de service des asiles de la Seine, l'autre parmi ces mêmes chefs de service joints à ceux de Bicêtre et de la Salpêtrière, Charenton et l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police.

1. Je tiens à faire remarquer que cette distinction existe dans l'organisation actuelle du jury de l'adjuvat ; il va sans dire qu'elle n'implique dans mon esprit aucune idée séparatiste, donc aucune approbation implicite du concours spécial pour la Seine.

2. C'est à dessein que dans ce projet je considère *tous* les chefs de service en question comme pouvant être juges au concours d'adjuvat, si le sort les désigne dans leur catégorie. Ceci implique la modification du paragraphe 4 de l'article 3 du décret d'août 1906 où il est dit qu'il faut être médecin en chef depuis trois ans pour avoir l'aptitude à être membre du jury d'adjuvat. Cette clause — inusitée dans le concours des hôpitaux de Paris, par exemple — m'a toujours paru vexatoire et tout à fait inutile, puisqu'il s'agit de chefs de service en fonctions. Pourquoi laisser ces chefs de service trois ans dans leur grade avant de leur décerner l'aptitude à être juges quand ils ont mis de sept à dix ans pour cesser d'être médecins adjoints et qu'il y a ainsi entre eux et les candidats à l'adjuvat une différence d'âge des plus notables ?

3. J'ai laissé en dehors du jury d'adjuvat les médecins des quartiers d'hospices de province et des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics parce qu'ils n'ont, dans l'état actuel des choses — sauf ceux d'entre eux issus du cadre des asiles publics — aucune chance d'être agréés comme juges par qui de droit.

En résumé, le jury du concours d'adjuvat se trouverait ainsi constitué si ce *modus faciendi* était adopté :

1 président. . . . . par désignation administrative.

6 Juges titulaires et 1 suppléant tirés au sort :

- 3 juges. . . . parmi les 62 chefs de service de province ;
- 2 juges. . . . l'un parmi les 22 chefs de service de la Seine ; l'autre parmi les 22 chefs de service de la Seine et les 7 chefs de service de Bicêtre et de la Salpétrière, les 2 chefs de service de Charenton et le chef de service de l'Infirmerie spéciale ;
- 1 juge . . . . professeur, chargé de cours ou agrégé, spécialisé pour la psychiatrie représentant la Faculté que le sort aura désigné entre les Facultés de médecine pour avoir un délégué au concours d'adjuvat.
- 1 juge suppléant . . . parmi les chefs de service de province.

Telles sont, mon cher Collègue, les grandes lignes d'un projet de réforme que je crois pratiquement réalisable, et que je soumets à votre indulgente appréciation.

En terminant, qu'il me soit permis de vous faire remarquer que je ne me suis point arrêté, *à dessein*, au système de tirage au sort des membres du jury entre tous les chefs de service de Paris et de province dont les noms seraient (sans catégorisation) mélangés dans l'urne. Ce système, qui figure dans le questionnaire ci-joint, au paragraphe 3°,*b*), est ***a priori*** assez séduisant, mais il peut en résulter des formations de jury si variables et si disparates (tous les juges de Paris, tous les juges de province, par exemple), qu'il me semble d'un emploi téméraire. Au surplus, dans l'état actuel des choses, il paraît avoir peu de chance d'être agréé par qui de droit.

Veuillez recevoir, mon cher collègue, l'assurance de mes sentiments de bonne confraternité. Dr ANTHEAUME.

Voici maintenant le libellé du questionnaire qui sert de base à l'enquête dont il s'agit :

Referendum au sujet du jury de l'adjuvat

1° Êtes-vous partisan du *statu quo* dans l'organisation actuelle du jury de l'adjuvat?

2° Si non, êtes-vous partisan de la R. P. des chefs de service dans le jury de l'adjuvat?

3° Êtes-vous partisan du tirage au sort des membres du jury?

a) avec représentation proportionnelle, c'est-à-dire suivant des catégories déterminées?

b) sans représentation proportionnelle, c'est-à-dire entre tous les chefs de service des asiles de France indistinctement?

4° Etes-vous d'avis qu'il faille être chef de service depuis trois ans ou plus pour avoir l'aptitude à être juge au concours de l'adjuvat?

5° Êtes-vous partisan du système (que je crois réalisable) proposé dans ma lettre?

a) sans modification?

b) avec modification et quelle?

Avez-vous un système à proposer et lequel? (Prière de l'expliquer sous forme de tableau analytique, si possible.)

Nota. — Ce questionnaire peut m'être utilement renvoyé avec ou sans signature. Les résultats du referendum sont destinés à être utilisés et publiés, s'il y a lieu, sous forme de statistique, mais en respectant le nom des signataires, sauf autorisation de leur part.

*
* *

Telles sont les conditions dans lesquelles j'ai institué mon enquête sur la réforme du jury de l'adjuvat.

Ai-je besoin de rappeler que le système proposé dans ma lettre n'a ni la prétention d'être complet, puisque les questions d'applications en sont volontairement omises, ni celle d'être définitif, puisqu'il s'agit — tout uniment — d'un système d'opportunité, d'un système d'attente qui m'a paru pratique dans le moment actuel, pour résoudre les difficultés pendantes.

Aussi bien, je tiens à faire remarquer que j'ai, en somme, respecté dans leurs grandes lignes les catégories de juges qui figurent dans l'actuel concours d'adjuvat où se trouvent réprésentés actuellement : 1° l'administration par le président du jury; 2° l'enseignement psychiatrique parisien par un juge; 3° l'enseignement psychiatrique provincial par deux juges; 4° les chefs de service de la Seine par un juge; 5° les chefs de service de province par deux juges titulaires et souvent par le juge suppléant.

Où j'ai quelque peu innové dans le projet, c'est en essayant d'introduire — au moyen de la R. P. — plus d'équité et de simplicité dans le classement et la répartition des aliénistes susceptibles d'être juges.

*
* *

Les réponses au referendum ont été très nombreuses; sur les 143 aliénistes consultés, ceux qui ont tenu à manifester leur opinion ont été au nombre de 122, sur lesquels 118 ont exprimé leurs suffrages et 4 ont déclaré vouloir rester neutres pour des motifs divers.

Beaucoup ont accompagné l'envoi de leur vote de notes explicatives, de lettres détaillées indiquant combien cette enquête les intéresse ; qu'ils me permettent de les remercier de l'aide efficace et des encouragements précieux dont je leur suis redevable.

Voici, sous une forme facile à consulter, les résultats obtenus.

	Oui	Non
1° Êtes-vous partisan du *statu quo* dans l'organisation actuelle du jury d'adjuvat ?	5	113
2° Si non, êtes-vous partisan de la R. P. des chefs de service dans le jury ?	100	11
3° Êtes-vous partisans du tirage au sort des membres du jury ?	110	4
a) Avec R. P., c'est-à-dire suivant des catégories déterminées ?	93	»
b) Sans R. P., c'est-à-dire entre tous les chefs de service des asiles de France indistinctement ?	15	»
4° Êtes-vous d'avis qu'il faille être chef de service depuis trois ans ou plus pour avoir l'aptitude à être juge au concours de l'adjuvat ?	6	103
5° Êtes-vous partisan du système proposé dans ma lettre :		
a) Sans modification ?	56	»
b) Avec modification et quelle ?	46	»
6° Avez-vous un système à proposer et lequel ?	10	»

En résumé, les résultats de l'enquête sont les suivants : 1° quasi-unanimité pour la réforme de l'adjuvat, c'est-à-dire contre le *statu quo* ; 2° grosse majorité pour l'emploi de la R. P. des chefs du service dans le jury ; 3° quasi-unanimité pour le tirage au sort des membres du jury ; 4° majorité pour la combinaison de la R. P. avec le tirage au sort du jury, par catégories déterminées ; 5° quasi-unanimité pour que l'aptitude à être juge au concours ne soit pas subordonnée à une ancienneté de trois ans ou plus comme chef de service ; 6° majorité pour l'emploi du système proposé dans ma lettre, mais avec de nombreuses demandes de modifications de détails, notamment sur la répartition les catégories à représenter ; 7° proposition de quelques systèmes spéciaux.

Ce sont là, en somme, des résultats très instructifs et des plus utiles.

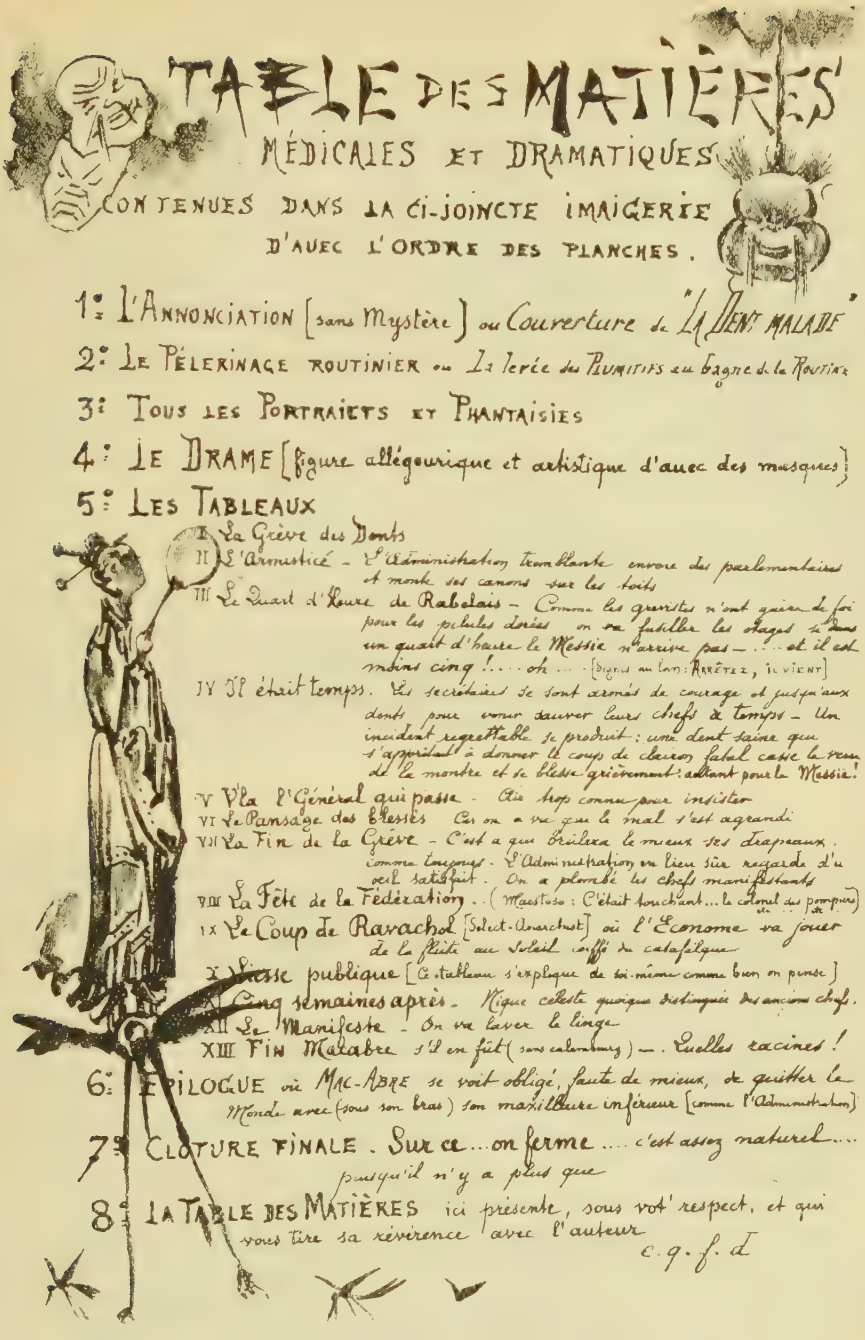
J'y reviendrai, dans un prochain article, en faisant connaître cette fois — avec la discrétion nécessaire — les systèmes et les modifications proposés par mes correspondants.

A. ANTHEAUME.

Le Gérant : G. DELARUE.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

DE L'ART CHEZ LES ALIÉNÉS[1]



1. Suite de la publication des dessins de la collection du docteur Keraval.

Avis. — *Cette table des matières fantaisiste — œuvre de l'auteur de la planche ci-jointe — n'est répétée ici que pour l'intelligence des dessins. Cette feuille peut être supprimée au moment de la reliure, les différentes planches de cette collection devant être détachées de chaque numéro de* l'Informateur *et placées les unes à la suite des autres dans le numéro de janvier 1909, pages 30-31.*

SÉRIE DE DESSINS SATIRIQUES DUS A UN JEUNE SUJET ATTEINT DE PSYCHOSE DÉPRESSIVE
Collection du Dr KERAVAL.

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES CONTEMPORAINS

LE PROFESSEUR BERNHEIM
de Nancy)

L'Informateur
des Aliénistes et Neurologistes

H. DELARUE ET Cie, Éditeurs
PARIS

4e Année N° 3 25 Mars 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Université de Leeds. — M. le docteur F. W. Eurich est nommé professeur de médecine légale en remplacement de M. H. J. Campbell.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement de février 1909

M. le docteur Castin, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Dijon est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère), en remplacement du docteur Allaman, mis en disponibilité.

M. le docteur Monestier, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Pau, est nommé à la deuxième classe du cadre.

M. le docteur Fenayrou, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Rodez, est promu à la deuxième classe du cadre.

M. le docteur Ricoux, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Fains (Meuse), est nommé médecin en chef du quartier d'hospice des aliénés de Pontorson (Manche), et maintenu dans les cadres du personnel des médecins des asiles publics.

Distinctions honorifiques

M. le docteur Cossa, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Pons (Alpes-Maritimes), est nommé officier de l'Instruction publique.

ENSEIGNEMENT

Clinique psychiatrique de l'asile clinique (Sainte-Anne

M. Gilbert Ballet a fait, le dimanche 7 mars, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la clinique à l'asile Sainte-Anne, sa leçon inaugu-

rale ; il continuera son cours de clinique psychiatrique les mercredis et dimanches suivants à la même heure.

* * *

La salle était comble et l'auditoire a fait un accueil enthousiaste au maître.

Après avoir salué d'un souvenir ému la mémoire du si regretté professeur Joffroy, il s'est attaché à retracer l'évolution profonde de la psychiatrie depuis la fin du dix-huitième siècle.

Il fut ainsi amené à apprécier la loi de 1838 sur les aliénés « attaquée, honnie, vilipendée » et qui même a été appelée « la loi scélérate ». « C'est, dit-il spirituellement, l'épithète dont nous avons coutume, en France, de nous servir pour qualifier les lois qui ne nous plaisent pas. » Puis il continue en ces termes :

« Aux aliénés, qui inconscients de leur affection s'en sont cru les injustes victimes, se sont associés pour la critiquer, je devrais dire pour la maudire, des hommes politiques à qui elle a servi de prétexte d'opposition et de polémique, des journalistes à la recherche de sujets d'article, des littérateurs pour qui elle a été un merveilleux thème à brillantes déclamations, enfin, la foule, la foule ignorante et suggestionnable, qui ne croit pas à la thérapeutique, mais qui croit aux sorciers, que les démonstrations patientes de la science trouvent indifférente ou sceptique, mais que ne laissent jamais froide ni les invectives des politiciens, ni les reportages de journalistes, ni les contes de romanciers. Tout ce monde s'est ligué contre la loi de 1838. »

Est-ce à dire que la loi de 1838 soit définitive ? Non certes, elle ne s'adapte plus aux exigences du traitement des psychopathes telles qu'elles nous apparaissent aujourd'hui.

Le texte de la loi votée par la Chambre ne répond guère à ces desiderata :

« Si le texte de loi que la Chambre des députés a substitué récemment aux dispositions de la loi de 1838, pour l'admission des malades dans les asiles et les maisons de santé privées, était accepté par le Sénat, la situation des malheureux psychopathes deviendrait vraiment intolérable. Il ne leur serait plus permis d'avoir un accès de confusion mentale, d'excitation maniaque ou de mélancolie, sans que le tribunal intervînt pour attester, par une décision judiciaire, l'accident qui les frapperait, et auquel cette décision imprimerait d'autant plus une signification humiliante, que juge de paix, maire, commissaire de police, procureur de la République, préfet, auraient été préalablement initiés au malheur qui les aurait atteints.

« Quant aux paralytiques généraux, on voudra bien respecter leur infortune si leur affection garde la forme démentielle ou s'ils sont assez

riches pour se soigner chez eux ; mais s'ils sont pauvres ou qu'un accès délirant transitoire rende le séjour familial impossible, on se hâtera par une ordonnance présidentielle de les identifier « aux fous », et de faire connaître aux fonctionnaires importants du canton et du département l'accident qui les frappe... Avec l'illusion de faire œuvre de progrès, les députés, dans leur ignorance de la question, ont voté la loi la plus rétrograde qui soit. »

*
* *

Cours théorique de psychiatrie médico-légale. — M. le docteur E. Dupré, agrégé, a commencé ce cours à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le jeudi 11 mars 1909, à dix heures, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

Examens de malades et rédactions d'observations et de rapports. — MM. les docteurs René Charpentier et Delmas, chefs de clinique, dirigent ces exercices pratiques qui se font à la clinique des maladies mentales les lundis et jeudis à neuf heures, et qui ont commencé le lundi 1er mars 1909.

Exercices pratiques de psychologie. — M. le docteur G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie expérimentale, dirige les exercices pratiques de psychologie les samedis, à neuf heureset demie (laboratoire de psychologie).

NOUVELLES

Comité français d'organisation du Congrès de Budapest

Président : M. Landouzy, professeur ; vice-présidents : MM. Raymond, Reclus, Pinard, professeurs ; secrétaire général : M. Raoul Blondel; trésorier : M. Pierre Masson.

Parmi les vingt et un bureaux de section, deux ont pour objet la psychiatrie et neuropathologie et sont composés de la façon suivante :

XIIe section. Psychiatrie. — Président : M. Gilbert Ballet, professeur à la Faculté ; vice-présidents : M. Séglas, président de la Société médico-psychologique et M. Régis (de Bordeaux) ; secrétaire général : M. Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique.

XIe section. Neuropathologie. — Président : M. Klippel, président de la Société de neurologie ; vice-président : M. Achard, professeur agrégé à la Faculté ; secrétaire général : M. H. Meige, secrétaire général de la Société de neurologie.

Les inscriptions et les cotisations sont reçues pour la France à la Sorbonne, au bureau des renseignements (ouvert tout les jours de semaine de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures), ce qui permet d'éviter les frais d'envoi d'argent à Budapest, le change, etc.

Asile public d'aliénés de Bordeaux

Un concours s'ouvrira le 6 mai pour une place d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire à l'asile d'aliénées de Bordeaux. Pour conditions et inscription, s'adresser à la direction ou à M. Anglade, médecin en chef.

NÉCROLOGIE

Le docteur A. Motet[1]

Depuis quelques mois, la mort frappe les aliénistes les plus en vue. Avant hier, c'était Albert Carrier (de Lyon) qui succombait ; hier, c'était l'excellent et si regretté professeur Joffroy ; aujourd'hui, c'est Motet, notre cher et vénéré doyen.

La médecine légale psychiatrique française perd en lui le plus apprécié de ses représentants, et le corps médical un confrère qui avait mérité le respectueux attachement de tous.

Les obsèques ont eu lieu, le 15 mars, au milieu d'une assistance émue, où médecins, avocats et magistrats étaient venus nombreux rendre un suprême hommage au maître de l'expertise psychiatrique.

SOCIÉTÉS SAVANTES
FRANÇAISES[2]

Société de neurologie

SÉANCE DU 4 MARS 1909

A propos du procès-verbal. — M. *Achard* rappelle qu'il a publié deux observations analogues à celles qu'à présentées M. Roussy, où il a observé de l'hémianesthésie de la peau et des muqueuses à la suite de lésions organiques ayant intéressé la capsule interne, et le thalamus atteignant, en partie, le noyau lenticulaire. Il rappelle qu'en comparant l'hémiplégie organique et l'hémiplégique hystérique, il avait signalé, dans les accidents hystériques, une régularité que ne présentent pas les accidents organiques.

1. Nous publierons prochainement une notice biographique de A. Motet, due à la plume autorisée de notre éminent collaborateur et ami le docteur Vallon.

2. Le lecteur trouvera dans L'ENCÉPHALE, *organe officiel* de la Société de psychiatrie, le texte complet des travaux de cette Société ; pour le compte rendu *in extenso* des séances de la Société de neurologie, consulter son organe officiel la REVUE NEUROLOGIQUE.

M. *Dejerine*. — Lorsque l'on examine les hémiplégiques organiques aussitôt après l'ictus, le goût, l'odorat sont touchés, mais ces symptômes disparaissent après trois, quatre ou cinq mois.

Maladie de Recklinghausen avec rétraction de l'aponévrose palmaire. — M. *Merle* présente un cas typique de maladie de Recklinghausen ; le fait intéressant est que le malade est atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire, trouble trophique probablement d'origine mésodermique. Il existe un cas antérieur publié par Thibaut (d'Angers).

Sclérose en plaques avec astéréognosie. — MM. *Claude* et *Jacob* présentent un malade du service de M. le professeur Raymond atteint de troubles spasmodiques ; cependant, chez lui, certains réflexes sont abolis (réflexe achilléen, olécranien), alors que d'autres sont exagérés. Le phénomène curieux que présente le malade est que ses différentes sensibilités sont intactes, mais que le sens stéréognostique est absent. Cependant, l'identification primaire des objets se fait assez bien chez lui ; les troubles sont plus marqués pour l'identification secondaire ; cependant les auteurs se demandent si l'identification primaire n'est pas elle-même plus profondément altérée qu'il ne semble au premier abord. Le malade reconnaît les objets quand il les a eus dans la main plusieurs fois de suite.

M. *Dejerine* fait remarquer que chez les vrais astéréognosiques, l'astéréognosie persiste toujours.

M. *Brissaud* a observé un cas où la variabilité des réflexes signalée par Claude dans la sclérose en plaques était des plus nettes.

Lésion pédonculaire par balle de revolver. — MM. *Georges Guillain* et *Houzel* présentent un malade du service du professeur Quénu qui, s'étant tiré une balle de revolver dans la région carotidienne droite a la symptomatologie très typique d'une lésion pédonculaire : hémiplégie gauche totale portant sur la face et les membres, hémianesthésie alterne avec thermo-anesthésie et thermo-asymétrie, ophtalmoplégie droite, hémianopsie, signe d'Argyll Robertson complet à droite. Un examen radiographique montre, de la façon la plus nette, la balle dans la région pédonculaire.

Les auteurs étudient la physiologie de cette lésion de mésocéphale par coup de feu qui est unique dans la littérature médicale.

M. *Brissaud* fait remarquer qu'il semble que les troubles dans le domaine du trijumeau signalés dans l'observation sont dus à une lésion du nerf par la balle.

Myélite antérieure subaiguë à type scapulo-huméral. — M. *Brissaud* montre un malade ayant l'aspect d'un myopathique du type scapulo-huméral, les muscles réagissent à l'électricité, mais il y a réaction de dégénérescence ; cette atrophie à marche subaiguë est survenue à la suite d'un refroidissement et a une marche progressive.

M. *Dejerine* a observé un sujet dont l'histoire avait de grandes analogies avec celle du malade présenté.

M. *P. Marie* demande quel est le pronostic ?

M. *Brissaud* ne peut le préciser, car, dans certains de ces cas, le processus s'arrête et la réparation se fait lentement.

Ophtalmoplégie interne chez un hérédo-spécifique. — M. de *Lapersonne* présente un hérédo-spécifique de seize ans atteint d'ophtalmoplégie interne ; c'est un cas exceptionnel dont il n'a trouvé qu'un exemple publié par Cruchandeau ; le malade a de l'abolition des réflexes, il est sourd et a certainement de la débilité mentale.

Maladie de Thomsen. — MM. *Bauer* et *Gy* présentent un jeune homme de seize ans atteint de maladie de Thomsen depuis l'âge de six ans, sans que l'hérédité puisse être mise en cause. Fait intéressant : le malade ne peut pas étendre complètement les doigts, toute la musculature du corps est atteinte, y compris les muscles des paupières.

Crise gastrique tabétique prise pour une obstruction intestinale. Anus iliaque. Guérison. — MM. *Dufour* et *Cottenot* présentent une malade dont l'observation a un intérêt rétrospectif.

Une femme de vingt-neuf ans est conduite à l'hôpital parce qu'à une constipation très marquée se sont ajoutés des vomissements verdâtres. On fait le diagnostic d'occlusion intestinale et on pratique sans tarder un anus iliaque. L'exploration du ventre ne permet de reconnaître aucune cause d'occlusion, l'anus se referme et guérit en l'espace de trois semaines. Cette malade n'est qu'une tabétique, dont une des premières crises gastriques au cours d'un tabes fruste a induit en erreur le chirurgien non prévenu. L'un de nous a observé autrefois un malade à qui l'on avait enlevé l'appendice pour des crises douloureuses également tabétiques. Il est bon de connaître la possibilité de commettre pareille confusion.

Névrite gravidique localisée au pneumogastrique. Persistance de la tachycardie trois mois après la disparition des vomissements incoercibles, par MM. *Dufour* et *Cottenot*. — Pinard, Joffroy et Desnos ont insisté sur la fréquence des vomissements précédant l'apparition d'une névrite gavridique. Il est aussi hasardeux de dire que les troubles gastriques commandent la névrite que d'attribuer les vomissements à la névrite, bien que nous ayons cette tendance. Mais il est vraiment impressionnant de voir le grand nombre de cas où les vomissements incoercibles sont liés à une lésion plus ou moins évidente du système nerveux. Nous avons déjà eu l'occasion de rapporter deux observations de ces vomissements où le tabes était en cause chez des femmes jeunes, cependant.

La malade qui fait l'objet de cette communication montre également la relation étroite qui peut unir le vomissement et la maladie nerveuse.

Pendant ces vomissements, qui ont été fort graves, le pouls de cette malade a oscillé autour de 120, et nous avons eu des craintes sérieuses pour l'issue de sa maladie.

Depuis trois mois, alors que la grossesse a suivi son cours normal, les vomissements ont disparu, mais le pouls reste toujours élevé, battant 120 fois par minute. Il s'agit d'une névrite localisée, tout au moins

surtout manifeste, au niveau du pneumogastrique, ou peut-être d'une altération bulbaire qui expliquerait à la fois la tachycardie et les vomissements. Qu'adviendra-t-il ultérieurement de cette malade ? Sans pouvoir l'affirmer, il est fort possible que le traumatisme de l'accouchement suffise à donner un coup de fouet à des lésions nerveuses latentes. On voit l'intérêt qu'il y a à scruter attentivement le système nerveux des femmes enceintes pour comprendre l'apparition des troubles graves qui sembleraient inattendus si l'on n'était prévenu.

Encéphalomyélite consécutive à un état méningé chez une fillette de neuf ans. Sclérose en plaques. — MM. *F. Raymond* et *P. Lejonne* présentent une fillette de neuf ans, chez laquelle, un an et demi après une méningite, s'est développé sans cause occasionnelle un syndrome cérébello-spasmodique des plus nets.

Il s'agit donc de ce qu'on a appelé à tort une séquelle de méningite, et qui est plutôt une *lésion concomitante d'encéphalomyélite*, qui, peu à peu, s'est mise à évoluer pour son propre compte. Le tableau clinique réalisé actuellement rappelle singulièrement la sclérose en plaques. S'agit-il de cette affection si rare chez l'enfant, ou d'encéphalomyélite disséminée chronique progressive ? Il est difficile de le décider ; cliniquement, d'ailleurs, il n'est guère possible de faire le diagnostic entre les deux affections.

M. *Pierre Marie*, après avoir varié d'opinion sur le sujet, pense que la sclérose en plaques est une maladie qui ne se produit que dans certaines conditions et à certains âges ; elle ne se voit pas dans l'enfance, ni, d'ailleurs, chez le vieillard.

M. *Raymond* pense que la sclérose en plaques est un syndrome et qu'à côté de la maladie vraie, il y a un certain nombre de lésions capables de donner lieu à un syndrome analogue.

Aphasie et Agraphie pure. — M. *Vauters* montre un malade qui s'est tiré une balle de revolver dans la tête qui a traversé les deux hémisphères. A la suite de la trépanation pratiquée pour l'ablation de la balle, qui siégeait au pied de la frontale ascendante vers la région de Broca, il a eu de l'aphasie et de l'agraphie qui sont en voie de régression.

M. *Dejerine* fait remarquer que l'intervention a eu lieu dans la région de Broca, et que le malade a eu des troubles du langage intérieur.

Pour M. *Marie*, il est impossible de tirer de ce cas une conclusion quelconque, l'imprécision de l'acte opératoire ne permet pas de faire figurer le cas parmi ceux qui soient démonstratifs.

M. *Dejerine* insiste sur ce fait qu'il y a eu des troubles du langage intérieur dans une lésion du lobe frontal et que, vraisemblablement, la région de l'aphasie sensorielle n'a pas été touchée.

Un cas de tabes avec paralysie du biceps et du brachial antérieur. – M. *Descomps* montre un malade atteint de paralysie du biceps et du brachial antérieur gauche, survenu sans cause bien nette. Antérieurement, le sujet

avait eu une paralysie des muscles de la main et de l'avant-bras droit qui a été passagère. Il est tabétique ; ces phénomènes paralytiques passagers doivent être rapprochés des paralysies oculaires.

Réduction de la mobilité de la flexion du pied dans le décubitus chez les hémiplégiques. — M. *Egger* présente plusieurs malades atteints d'hémiplégie chez lesquels il a noté le phénomène suivant : la flexion du pied dans la station debout se fait suivant un arc beaucoup plus étendu dans la station debout que dans le décubitus dorsal. L'auteur, pour expliquer ce phénomène, pense que, dans la station debout, la flexion est fonction du cervelet, tandis que, dans la position dorsale, il y aurait suspension de l'action cérébelleuse et action cérébrale seule.

MM. *Dupré* et *H. Meige* s'élèvent contre cette hypothèse qui leur paraît difficile à accepter.

Deux cas de tumeur cérébrale de la région frontale. — M. *Babinski* présente les cerveaux de deux malades atteints de tumeur cérébrale. Chez le premier, il existait de la *céphalée gauche*, de l'œdème papillaire des deux côtés ayant amené de la cécité, de l'affaissement cérébral. Il n'y avait aucun signe de lésion pyramidale, ni d'affection cérébelleuse. L'autopsie montra une *tumeur cérébrale droite*, se glissant un peu sous la faux du cerveau. Le deuxième malade avait de l'hébétude, des vomissements, de la *céphalalgie gauche*, de la névrite œdémateuse plus prononcée à gauche. L'autopsie révéla une lésion de la région *frontale droite*. Il est intéressant de citer de telles observations à titre de faits.

Moelle de syringomyélie en « canne de Provence ». — M. *Roussy* présente une moelle de syringomyélie, dans laquelle la cavité médullaire atteint, au niveau de la région cervicale, des dimensions très considérables. Cette cavité mesure, en effet, dans son plus grand diamètre transversal, 11 millimètres (sur 15 comptés pour la moelle totale), et dans son diamètre antéro-postérieur, 4 millimètres sur 9 ; elle intéresse toute la hauteur de la moelle cervicale, qui peut être comparée à une *canne de Provence*. L'auteur fait remarquer que, malgré les dimensions considérables de cette cavité et le petit nombre des conducteurs nerveux restés intacts, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, le malade ne présentait pas de paralysie, il pouvait marcher assez facilement, et se servir de ses membres supérieurs, dont les mouvements s'exécutaient proportionnellement à la quantité des fibres musculaires conservées.

Les altérations osseuses au cours de la myopathie. — MM. *Pierre Merle* et *Raulot-Lapointe*, après examen de sept myopathiques du service du professeur Pierre Marie, ont constaté que les altérations osseuses sont constantes au cours de la myopathie. Elles portent sur la structure et la forme des os. Le tissu spongieux est raréfié, ayant l'aspect du tissu homogène avec disparition des travées et des ogives de renforcement. Les os ont une apparence aplatie sur les radiographies, avec disparition des reliefs normaux. Les apophyses compactes disparaissent, les contours

sont arrondis et amollis. La diaphyse est diminuée de volume par rapport aux épiphyses (*os en haltères*). La rotule est particulièrement altérée et les radiographies ont montré des fractures ignorées des malades. Ces altérations sont superposées à l'atrophie musculaire pour les mêmes segments.

Elles sont plus marquées chez les sujets plus jeunes et sont indépendantes du mouvement ou de l'inaction des membres considérés. Chez un myopathique atteint d'atrophie des masticateurs, et qui cependant s'alimentait comme tout le monde, en faisant mouvoir son maxillaire avec ses mains pour mâcher, il y avait une grosse altération osseuse. Il y a donc ostéopathie en même temps que myopathie ; si bien que l'on pourrait dire qu'il y a ostéo-myopathie progressive.

Sur la neuritisation dans les foyers de ramollissement cérébral. — Pour M. *Pierre Merle*, après la démyélinisation des tubes nerveux dans un foyer de ramollissement, il se forme un réseau de fibrilles amyéliniques (imprégnées par les méthodes de Cajal et de Bielchowski) intriquées, formant des sortes de broussailles autour du foyer. Ces fibrilles entourent les vaisseaux en forme de corbeilles. Elles peuvent présenter des terminaisons en brides qui lui ont paru plus marquées dans un cas très récent (huit jours), que dans un cas très ancien (quatre ans). Ce chevelu fibrillaire n'a pas de tendance à combler les pertes de substance, et il ne s'avance pas très loin dans le tissu névroglique qui les garnit : il reste cantonné dans les régions contiguës au tissu sain. Néanmoins, les fibres sont très résistantes et persistent en des points où la nutrition est insuffisante, où les cellules nerveuses sont réduites à très peu de chose.

De la nature inflammatoire de certaines scléroses en plaques. — MM. *Lejonne* et *Lhermitte* font sur ce sujet une communication qui a depuis été publiée *in extenso* dans *l'Encéphale* (n° 3, mars 1909).

Paul Sainton.

Société médico-psychologique.

SÉANCE DU LUNDI 22 FÉVRIER 1909

La réforme de l'adjuvat. — M. *Colin* donne lecture d'un rapport sur cette question qui est à l'ordre du jour de la Société ; les conclusions de ce rapport seront discutées à la prochaine séance.

Quelques cas de coexistence de l'épilepsie avec une vésanie. Double hérédité. — MM. *Briand* et *Brissot* étudient, chez plusieurs malades, la coexistence de l'épilepsie avec une vésanie ; des six observations que les auteurs rapportent, un fait primordial, déjà mis en lumière par M. Magnan, se dégage : *une hérédité double, paternelle et maternelle, engendre souvent, chez le descendant, une affection double.*

Dans la majorité des cas, l'alcoolisme du père détermine chez l'enfant des crises convulsives de nature comitiale, tandis que les symptômes

de vésanie, qui coexistent chez ce dernier, tirent leur origine des troubles mentaux que présente la mère. L'hérédité similaire épileptique est rare.

Mais il est de toute évidence qu'on ne peut poser, à cet égard, de loi générale, la transmission héréditaire étant, dans ses éléments, fort variable d'un sujet à un autre. C'est, en effet, l'exception que la dualité pathologique provienne d'un parent unique, chez qui on rencontre associés ces deux états morbides; l'observation V en offre un exemple frappant : un père à la fois ivrogne et mélancolique a transmis seul à sa fille la double maladie dont il souffre.

Il faut noter ce fait que l'alcoolisme paternel est une cause presque courante d'épilepsie chez l'enfant, et que peu fréquents sont les cas dans lesquels le mal comitial de l'ascendant se reproduit d'une façon intégrale chez le descendant. (Obs. IV.)

Dans les six exemples rapportés par les auteurs, une seule fois seulement (obs. IV) l'hérédité convulsive maternelle a été observée, le père étant, dans ce cas, l'agent vecteur et procureur de la vésanie (hérédité opposée).

Le malade qui fait l'objet de l'observation VI présente une triple affection : dans ce curieux exemple de coexistence de trois états morbides différents, l'intoxication éthylique était venue s'ajouter à deux maladies nerveuses, épilepsie et mélancolie, que le sujet tenait d'une double hérédité.

Parmi les diverses psychoses accompagnant le mal caduc, la mélancolie est de beaucoup la plus fréquente : la manie, la folie à double forme, le délire de persécution, se montrent souvent associés à l'épilepsie.

MM. Briand et Brissot terminent cette étude en attirant l'attention du médecin légiste sur les difficultés du diagnostic en pareilles circonstances.

Un cas de délire de médiumnité, par MM. *J. Lévy-Valensi* et *Georges Lerat*. — Il s'agit d'une femme, âgée de trente-sept ans, n'ayant présenté jusque-là aucun phénomène morbide et considérée par son entourage comme une femme supérieure et énergique. On relève chez elles des tendances superstitieuses; elle consulte des cartomancienne et des diseuses de bonne aventure. En octobre dernier, elle va consulter une femme « médium »; celle-ci évoque l'âme du père de la malade et, sous l'impulsion de cette âme, écrit des révélations qui l'impressionnent vivement.

Dès le lendemain, la malade se sent devenir médium; sa main comme « électrisée » écrit les choses les plus invraisemblables; immédiatement l'âme de son père parle en elle, dans son cœur, son estomac, etc. Depuis près de quatre mois observée à la Salpêtrière (service du professeur Raymond), et à l'asile de Vaucluse (service de M. le docteur Dupain), elle n'a cessé de délirer. On trouve, dans ce délire, des idées de persécution, hypocondriaques, de négation, de ruine, enfin des idées mégalomaniaques;

des hallucinations auditives, psycho-motrices, visuelles et de la sensibilité générale. Le polymorphisme, la mobilité, le thème de ce délire permettent de le ranger dans le groupe des délires des dégénérés.

Un dernier point est curieux dans cette observation. Au moment de l'éclosion du délire, la version de la malade fut acceptée par son mari et par son entourage. Il leur fallut une dizaine de jours pour se rendre compte du caractère pathologique de ses propos.

Après lecture d'un rapport de M. Semelaigne, M. le docteur Gordon (de Philadelphie) est nommé membre associé étranger.

René Charpentier.

Société clinique de médecine mentale

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1909

Folie périodique chez deux sœurs. (Présentation de deux malades.) — MM. *Trénel* et *Leroy* présentent deux sœurs de vingt-sept et trente ans. La plus jeune (vingt-sept ans), malade à la fin de 1907, avait déjà eu un accès d'agitation maniaque à l'âge de vingt et un ans. Elle a présenté pendant dix mois de l'excitation maniaque classique avec fuite des idées et est actuellement guérie. On constate chez elle un fond très certain de débilité mentale.

La sœur ainée (trente ans), également débile, a eu, il y a dix ans, une affection aiguë (fièvre typhoïde avec délire ou premier accès de manie). L'accès actuel a débuté subitement par des accidents de forme maniaque d'une durée de deux mois, suivis d'une phase de stupeur avec symptômes catatoniques et mutisme qui dure depuis cinq mois, avec hypothermie et ralentissement du pouls (44 à 52).

Les auteurs pensent être ici en présence d'un cas particulier de folie périodique se manifestant sous la forme de maladie familiale.

MM. *Magnan*, *Ritti*, *Colin* font remarquer qu'il importe de prolonger l'observation des deux malades avant d'affirmer le diagnostic de folie périodique.

Migraine, aphasie et parésie transitoire. Tendance au suicide. Alcoolisme. Fugue consciente et fugue inconsciente. (Présentation de malade.) — M. *de Clérambault* présente un dégénéré héréditaire.

Ptosis et strabisme externe gauche constaté à un mois et demi. Pas de convulsions. Vers quinze ans, série d'accès migraineux durant deux ans. Tremblement, paresthésie et parésie notable du bras gauche. Aphasie survenue subitement et durant cinq heures. A noter que le ptosis, le strabisme, les troubles parétiques et paresthésiques ont tous eu pour siège le côté gauche; or, le malade est gaucher; l'aphasie a montré que son centre de Broca siège bien dans son hémisphère droit.

Pas de troubles du membre inférieur. Pas de troubles ophtalmo plégiques.

A trente-trois ans, sous l'influence de chagrins et de libations, le malade présente, après un léger ictus, une période d'activité automatique suivie d'amnésie : signature unique de l'épilepsie à laquelle se rattachent, dans notre cas, les troubles migraineux.

Le malade a présenté une hallucination hypnique : une voix imaginaire, celle d'une personne morte, l'a tiré de son sommeil, et il a cherché son interlocuteur durant trois ou quatre minutes, avec une conviction absolue.

Il a présenté en outre, à divers reprises, des tendances au suicide, sous forme tantôt de velléités personnelles, et tantôt d'idée obsédante. Début à dix-sept ans. Un empoisonnement, un coup de revolver. Une fugue de treize jours avec recherche du danger (prédominance étylique). Interné deux fois sur sa demande.

Mélancolie chez une négresse. (Présentation de malade.) — M. *Trénel* montre une négresse du Soudan (race Peuhl) ; à la suite d'un choc moral elle tombe dans un état de dépression profonde avec idées et tentatives de suicide. A l'asile, elle présente de la mélancolie avec idées de culpabilité, hallucinations pénibles de l'ouïe, quelques idées de persécution. La symptomatologie est pure, mais très élémentaire.

La persistance des neurofibrilles dans la paralysie générale. (Présentation de pièces et projections). — M. *Dagonet* montre à la Société des photographies et projette des photogrammes démontrant la persistance des neurofibrilles dans la paralysie générale. Les idées de M. Dagonet, combattues par Marinesco, puis par G. Ballet et Laignel-Lavastine, ont été, au contraire, en grande partie confirmées par les recherches de Bielchowsky et plus récemment de Moriysu.

M. *Piéron* appuie les observations de M. Dagonet. Pour lui, les neurofibrilles paraissent être ce qui persiste le plus longtemps non seulement dans la paralysie générale, mais encore dans toutes les lésions de la cellule nerveuse.

Deux cas d'aphasie sensorielle. (Présentation des cerveaux.) — M. *Vigouroux* présente les cerveaux de deux malades ayant eu des troubles du langage.

Le premier avait de l'aphasie sensorielle, mais surtout de la surdité verbale. Il ne comprenait aucun des mots prononcés devant lui. C'était un paralytique général.

A l'autopsie, on ne trouva pas de lésions circonscrites. La pie-mère, très épaisse dans son ensemble, s'enlevait facilement, laissant des ulcérations au niveau du lobes pénoïdal au deux tiers antérieur de la I^re^ et II^e^ temporale. Il y a de rares ulcérations dans le reste des circonvolutions. L'examen histologique montre de l'encéphalite diffuse.

Le deuxième malade avait une aphasie sensorielle et motrice com-

plète (surdité verbale, aphasie motrice et agraphie). L'autopsie révèle l'existence d'une pachyméningite hémorragique ancienne organisée, comprimant toute la face externe de l'hémisphère gauche. Cet hémisphère est atrophié dans son ensemble et pèse 100 grammes de moins que le droit.

A l'examen histologique, sclérose, mais pas d'inflammation.

René Charpentier.

Société de psychologie.

SÉANCE DU VENDREDI 5 MARS 1909

La psychologie des foules. — M. *G. Dumas* a étudié, ces temps derniers, les massacres de Septembre. De l'étude des procès faits sous le Directoire à ceux des coupables qu'on avait pu découvrir, il résulte que ces crimes ont été en partie commis non par des malandrins et des repris de justice, comme on le croit généralement, mais par de braves petits boutiquiers de quartier. Ces exemples de férocité collective chez des hommes naturellement paisibles ne semblent pas exceptionnels. Tarde et la majorité des sociologues qui se sont occupés de la psychologie des foules, ont mis ces entraînements sur le compte de l'imitation et de la contagion. Mais cette théorie semble inexacte. Le meneur ne fait pas de la foule ce qu'il veut, il ne peut la diriger en plus de deux ou trois directions différentes déterminées au préalable par l'état des esprits, les préoccupations et les aspirations du moment. Les foules obéissent toujours à des sentiments simples, nés des circonstances et de l'ambiance. L'oubli des responsabilités, l'espérance de l'impunité permettent à ces sentiments simples de se traduire trop souvent en des actes de violence. Ainsi s'expliquerait la cruauté que montrent quelquefois les foules, cette même simplicité de sentiments expliquant aussi leurs éventuelles générosités.

MM. *Malapert, Bernard-Leroy*, *Wallon*, *Picaut* rappellent des exemples portant sur différentes faces de la psychologie des foules. Avec quelques réserves sur la valeur psychologique de l'imitation, dont M. Dumas ne paraît pas à M. Malapert avoir assez tenu compte, la majorité de ses auditeurs semble partager en gros les opinions de l'auteur de la communication.

Ch. Blondel.

Société d'hypnologie et de psychologie.

SÉANCES DES 19 JANVIER ET 16 FÉVRIER 1909.

L'anorexie des adolescents. — M. *Bérillon*. — C'est dans le domaine de l'alimentation que la suggestion s'exerce avec le plus d'intensité. C'est par elle que se créent les aversions, les antipathies pour tel ou tel ali-

ment. Il en est de même pour certains goûts. Dans ce domaine, le rôle du médecin est considérable. Les prescriptions dans lesquelles il défend l'usage de certains aliments arrivent souvent à créer, à l'égard de ces aliments, de véritables phobies. A l'égard de certains sujets, très suggestibles, il faut même ne s'exprimer qu'avec une certaine réserve. J'ai observé plusieurs cas dans lesquels l'anorexie présentée par des jeunes filles hystériques avait eu pour point de départ un conseil donné par un médecin de manger avec plus de modération. Le conseil avait été tellement suivi à la lettre que les malades se croyaient tenues à une abstinence presque complète. L'anorexie suppose un état mental spécial.

Magnétothérapie et suggestion. — M. *Demonchy* présente un travail du professeur Benedikt (de Vienne) intitulé : *Magnétothérapie et Suggestion.* Contrairement à Peterson et à Kennelly, M. Benedikt soutient, avec Charcot et Hamond, que certains individus possèdent une sensibilité particulière à l'égard de l'aimant ; ses nombreuses et nouvelles expériences de contrôle ont été faites à l'exclusion de toute influence suggestive.

Incontinence nocturne d'urine ; guérison par la suggestion hypnotique. — M. *Jules Voisin.* — Un enfant présentait deux sortes d'incontinence, l'une dite essentielle, l'autre sous la dépendance d'un rêve. La suggestion hypnotique a d'abord supprimé le rêve mictionnel, puis a triomphé de l'incontinence essentielle ; pour affermir la guérison, l'injection épidurale est survenue à titre de suggestion complémentaire.

Un cas de sommeil hystérique avec personnalité subconsciente. — M. *Paul Farez.* — Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, à la suite d'une hallucination terrifiante, un sommeil hystérique s'installe chez une jeune fille de vingt-deux ans et dure quatorze mois. Ce sommeil hystérique, loin d'être une léthargie totale, permet la persistance d'un certain automatisme qui simule par moments la personnalité consciente et comporte un grand intérêt médico-légal. Au réveil, l'amnésie est complète pour les quatorze mois qui viennent de s'écouler ; cette jeune fille ne se rappelle, ni ne reconnaît rien de ce qui se rapporte à son état second. Après le réveil, la restauration de la personnalité première s'est opérée, non pas brusquement et complètement, mais, petit à petit, à la suite d'un traitement hypnotique, prolongé pendant plusieurs mois.

Une épidémie religieuse moderne d'origine suggestive: la secte de la A. Zurich. — M. *Witry* (de Trèves). — A Œtwyl, sur le lac de Zurich. Dorothée Boller, prétendant avoir des visions divines, groupa autour d'elle de nombreux adeptes auxquels elle imposait la continence sexuelle, un travail acharné pour alimenter la caisse du culte et l'abandon de tous leurs biens en sa faveur. Dieu lui ayant promis, disait-elle, qu'elle ressusciterait le troisième jour après sa mort, elle assurait ses adeptes qu'elle aurait le don de les ressusciter tous. Quatorze ans après sa mort, ses adeptes attendent encore avec confiance sa résurrection.

Le centre du réveil. Interprétation anatomo-physiologique de l'hypnotisme. — M. *Bérillon.* — L'hypothèse d'un centre du sommeil présidant à l'accomplissement de cette fonction, comme il en existe un pour le langage, pour l'écriture et pour les mouvements des membres, a été plusieurs fois exprimée. M. le docteur Cartaz en a discuté la valeur. A mon avis, les faits trouveraient des explications plus plausibles dans l'existence d'un centre du réveil.

Ce qui tendrait à prouver que nous disposons, dans notre axe cérébro-spinal, d'un centre dont la fonction spéciale est de nous maintenir éveillés, c'est que l'intervention de la volonté nous permet de lutter contre l'envahissement du sommeil et d'en retarder l'apparition. Une autre preuve se trouve dans la possibilité, sous l'influence d'excitations périphériques, d'effectuer le réveil d'un animal à chaque instant du sommeil. Il faut encore tenir compte du pouvoir qu'ont certains individus de se réveiller volontairement dans la nuit à l'heure qu'ils se sont fixée à l'avance. L'habitude du réveil matinal à l'heure fixe rentre dans la même catégorie de faits et ne peut s'expliquer que par l'intervention d'un centre intervenant, pour réveiller, comme le ferait un appareil d'horlogerie remonté à cet effet.

Le signe de la détente musculaire. Sa valeur en clinique psychologique. — M. *Bérillon.* — La recherche du « signe de la détente musculaire » s'effectue de la façon suivante : le sujet étant debout, les bras étendus en croix, est invité à contracter énergiquement ses muscles. Je lui demande alors, par une détente brusque, de laisser mollement retomber ses bras, c'est-à-dire de transformer instantanément la contraction musculaire en une complète résolution.

Cette recherche permet de constater que si beaucoup de personnes sont capables de passer, à un commandement bref, de l'extrême contraction au relâchement musculaire le plus complet, il en est qui n'exécutent le même exercice qu'avec une certaine raideur. Ils n'arrivent pas, malgré leur bonne volonté, à laisser retomber le bras par l'action de son propre poids ; ils ne l'abaissent que par l'intervention visible d'un effort volontaire.

Psychothérapie et mouvement. — M. *P. Magnin.* — L'importance en clinique psychologique du signe de détente se comprend de soi. Les exercices de gymnastique musculaire qui en découlent peuvent rendre les plus grands services dans le traitement des états nerveux psychiques les plus divers. Les recherches de M. Bérillon, recherches qu'il m'a communiquées il y a longtemps déjà, me semblent très intéressantes. Elles montrent aussi, une fois de plus, quel rôle considérable doivent jouer, dans la rééducation psychique, les divers procédés de rééducation physique.

C'est là un sujet sur lequel, depuis des années, je me suis longuement étendu dans mon enseignement à l'École de psychologie. J'ai consacré une série de leçons aux recherches expérimentales démontrant l'influence

du geste sur la physionomie et la production de l'idée, aux méthodes thérapeutiques utilisant le mouvement (sous toutes ses formes) pour rappeler l'idée momentanément effacée par la maladie.

L'intervention de la volonté, de l'attention et du jugement étant inséparable de tout mouvement bien adapté à un but déterminé, la gymnastique musculaire apparaît comme un des procédés les plus puissants pour éduquer ces facultés et les rééduquer lorsqu'une cause pathologique quelconque est venue en arrêter le développement, ou les affaiblir, ou les annihiler.

Psychothérapie des tics, procédés adjuvants. — M. *Chavigny*. — Ces procédés physiques viennent en aide à la psychothérapie, par exemple, le badigeonnage des doigts à la teinture d'aloès chez les onychophages, ou les bouts en verre chez les enfants qui mordillent leur porte plume ou leur crayon.

Importance du réveil en hypnotisme. — M. *Demonchy*. — Pour bien comprendre l'hypnotisme, il ne suffit pas de connaître le sommeil provoqué ; il faut se rendre un compte exact du phénomène contraire, le réveil. Bien des malades, en effet, ne sont pas des sujets éveillés qu'il faut endormir, mais des sujets plus ou moins endormis qu'il faut réveiller. Laissant à l'anatomie le soin de décider s'il y a ou non un ou des centres de sommeil et de réveil, on doit plonger ces individus dans un sommeil complet qui apaise les antagonistes et les réveiller totalement. On réveille ainsi tous les centres nerveux et on rétablit l'équilibre disparu entre les organes et les fonctions.

M. *H. Crichton Miller* (de San Remo) fait une communication intitulée : **Climatothérapie et Suggestion** ; M. *Boriac* parle de la **Psychologie inconnue** ; M. *Rodolphe Broda* traite des **Religions nouvelles en Australie**.

L. PARROT.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Des modifications à apporter au concours d'adjuvat

Dans le dernier numéro de *l'Informateur*, je résumais ainsi les résultats donnés par le referendum, institué dans les conditions que l'on sait, au sujet de l'adjuvat : quasi-unanimité pour la réforme du concours, c'est-à-dire contre le *statu quo*; grosse majorité pour l'emploi de la R. P. des chefs de service dans le jury; quasi-unanimité pour le tirage au sort des membres du jury; majorité pour la combinaison de la R. P. avec le tirage au sort du jury, par catégories déterminées; quasi-unanimité pour que l'aptitude à être juge au concours ne soit pas subordonnée à une ancienneté de trois ans ou plus comme chef de service; majorité pour l'emploi du système proposé dans ma lettre, mais avec de nombreuses demandes de modifications de détails, notamment sur la répartition des catégories à représenter; proposition de quelques systèmes spéciaux.

Depuis, j'ai reçu encore quelques votations tardives qui, du reste, ne modifient pas sensiblement les conclusions qui précèdent.

Ces réponses, au nombre de 6, portent à 128 au lieu de 122, le nombre des aliénistes ayant manifesté leur opinion sur la question en litige (128 sur 143 médecins consultés). Sur ces 6 suffrages additionnels, 4 sont entièrement favorables au système proposé dans ma lettre de février; un s'y rallie mais avec une modification de détail; le sixième suffrage préconise le *statu quo* dans l'organisation et le fonctionnement actuel du concours d'adjuvat.

* * *

Voici, à titre documentaire, les modifications et les systèmes proposés par mes correspondants, à l'occasion du projet de réforme qui a servi de thème au referendum; comme je l'ai spécifié dans le libellé de mon questionnaire, je ferai seulement connaître les noms des signataires qui m'ont autorisé *spécialement* à en user ainsi avec eux :

Le système de recrutement du jury de concours d'adjuvat que vous préconisez est à mon sens le plus rationnel. Grâce au faire actuel, en effet, on peut remarquer que trop souvent les mêmes sont appelés à faire partie des jurys.

Je ne différerai de vous que sur le mode d'application. Il s'agit en l'espèce

de recruter des adjoints, ceux déjà existants me paraissent donc devoir entrer en ligne de compte ; en deuxième lieu, en ce moment, la Seine n'a plus qu'un médecin-adjoint, et si tous les conseils généraux de France étaient aussi généreux des deniers départementaux, il n'y aurait peut-être plus dans notre pays de médecins-adjoints. Il se trouve donc que notre mode de calcul favorise trop la Seine ; l'asile de province qui possède un ou plusieurs médecins-adjoints est un asile qui ne possède qu'un nombre insuffisant de médecins en chef. Le concours d'adjuvat est donc un concours destiné à ravitailler surtout les asiles de province.

Je voudrais donc que dans votre classement, on reconnût à la province 104 parts, à la Seine 23 et que, pour Bicêtre, la Salpêtrière, Charenton et l'Infirmerie spéciale, on tînt aussi compte des suppléants et des adjoints. Mais naturellement, les adjoints ne pourraient pas faire partie du concours.

Je partage votre avis concernant la modification apportée au paragraphe 4 de l'article 3 du décret du mois d'août 1906.

Mais j'estime que les Facultés ne devraient pouvoir être représentées que par des professeurs titulaires ou des chargés de cours et jamais par des agrégés ou des chargés du cours, car pourquoi alors ne pas admettre aussi des adjoints chargés de fonctions de médecin en chef ?

Toutes ces choses sont du détail ; l'essentiel est d'empêcher la formation de chapelles.

Je suis partisan de la représentation proportionnelle des chefs de service dans le jury de l'adjuvat et partisan du tirage au sort des membres du jury.

A limiter le plus possible la composition du jury aux médecins de la carrière, peut-être pourrait-on leur réserver complètement les opérations du concours, à l'exclusion des médecins de Bicêtre, la Salpêtrière, Charenton, l'Infirmerie spéciale.

Le nombre des Facultés où est organisé l'enseignement de la psychiatrie n'étant que de 7, il peut paraître exagéré que 3 d'entre elles soient représentées : outre une grande proportion dans le jury, il y a à considérer le retour systématique tous les deux ans des mêmes représentants. — Mais, d'autre part, la présence d'un seul d'entre eux est peut-être trop restreinte à cause de l'autorité qu'il représente. Il se pourrait enfin que le recrutement du concours ait à souffrir du désintéressement possible de la Faculté appelée à siéger en moyenne tous les sept ans seulement.

En conséquence, en limitant le nombre, je propose le chiffre de 2 professeurs ou chargés de cours par concours. Cela constituerait la chance pour une Faculté d'être représentée tous les trois ans et demi, et cette période correspond d'ailleurs à la durée approximative d'une préparation spéciale.

Partisan de la R. P. entre médecins de la province et médecins de la Seine, j'estime que cette représentation proportionnelle est la suivante, d'après un calcul simple : 3 médecins de province, 1 médecin des asiles de la Seine.

En résumé et pour compléter : 3 médecins des asiles de province ; 1 médecin des asiles de la Seine ; 2 professeurs ; 1 médecin des asiles de la Seine (suppléant). Il est naturel que le suppléant soit pris dans la ville même du concours ; les médecins des asiles de la Seine auraient donc cet avantage.

Je vous retourne ci-inclus, dûment rempli et annoté, le questionnaire que vous avez bien voulu me soumettre. Je suis de tout cœur avec vous dans la réforme que vous tentez ; elle me paraît aussi utile que pressante. Quant à la façon dont vous résolvez le problème, je la trouve judicieuse, comme vous le démontrent mes réponses : pourvu seulement qu'elle aboutisse !

Tout en acceptant les lignes maîtresses de votre projet, j'ai cru pouvoir y apporter quelques variantes que vous trouverez synoptisées au bas du questionnaire ; vous nous invitiez d'ailleurs à faire connaître nos préférences personnelles.

Ai-je besoin d'ajouter que les miennes ne vont pas jusqu'à m'aveugler et que n'étant que l'épanouissement extrême de vos vues, c'est au fond à celles-ci que je me range ?

Je crois pourtant devoir m'expliquer : j'estime d'abord que, aujourd'hui, où le concours a définitivement acquis droit de cité, on devrait ne plus nous traiter en petits garçons et nous laisser faire nous-mêmes nos affaires ; dans ces conditions, un professeur de Faculté, utile autrefois peut-être, ne se légitime plus aujourd'hui parmi les juges du concours : sa mission, du reste, est de former des candidats dans ses élèves et non pas de venir ajouter à ce rôle celui de juge — et de juge intéressé. Le concours des hôpitaux, d'ailleurs, constitue un précédent.

Quant au président inspecteur, je n'en vois pas davantage l'utilité : en France, je le sais, tout se fait administrativement, et ce serait là sa raison d'être ; mais alors il faudrait que son rôle fût nettement réglementé, qu'il n'eût pas voix au chapitre, ni dans le choix des sujets, ni dans l'appréciation des candidats, même s'il était médecin ; nous traitons, en effet, de psychiatrie et nous savons que les inspecteurs ne sortent actuellement plus du cadre manicomial.

Or, à l'époque où les concours étaient régionaux, j'ai parfois fonctionné comme juré et vu toujours le président inspecteur donner son avis et sur les questions à mettre dans l'urne et sur les points à attribuer : ceci à mettre en parallèle (je n'ose dire : à opposer, car vous n'affirmez rien, si vous semblez le faire) avec le passage de votre lettre, traitant du rôle de président.

Veuillez m'excuser, mon cher collègue, d'avoir été aussi long et d'avoir ainsi abusé de vos instants ; mais cela vous montre au moins quel intérêt je prends à votre proposition.

Agréez les vœux que je forme pour sa réussite, et, en même temps, l'assurance de mes sentiments confraternellement dévoués.

P.-S. — Mon desideratum extrême serait ainsi exprimé : 4 juges provinciaux, 3 juges parisiens, 1 suppléant provincial, chefs de service seuls, le président nommé par ses pairs.

A la rigueur, j'accepterais l'organisation ci-contre :

1 inspecteur (président purement administratif, exclu du vote réglementairement), 4 juges provinciaux, 2 juges parisiens, 1 suppléant tiré au sort sur l'ensemble des chefs de service français.

Bien entendu, faute de voir aboutir l'un ou l'autre de ces modes, j'accepterais, comme très supérieur à la méthode actuelle, le projet proposé par vous, dont les tableaux ci-dessus ne sont que des variantes.

L'inspecteur des services administratifs ne devrait pas compter parmi les membres du jury : il pourrait être conservé comme président d'honneur, surveillant les conditions matérielles de forme, mais sans prendre part aux opérations médicales dans lesquelles il n'a aucune compétence.

Jury composé de 7 membres titulaires, plus 1 suppléant.

Les 7 membres titulaires tirés au sort comprenant 5 médecins aliénistes recrutés comme l'expose le projet du docteur Antheaume.

2 médecins non aliénistes tirés au sort soit parmi les professeurs ou agrégés de médecine générale des différentes Facultés, ou simplement parmi les médecins des hôpitaux des villes, sièges de Facultés.

Le juge suppléant recruté comme l'indique le projet Antheaume.

Je me rallierais au projet Antheaume à condition qu'il comporte 2 juges titulaires de plus, qui, professeurs, chargés de cours ou agrégés de psychiatrie, rétabliraient le chiffre des 3 représentants des Facultés dans le jury.

Donc, 1 président administratif; 8 juges titulaires (3 de province, 2 Seine et services spéciaux; 3 représentants des Facultés); 1 juge suppléant (chef de service de province).

La représentation proportionnelle devrait se faire, selon moi, suivant le nombre des asiles, quartiers d'hospice, asiles privés faisant fonction d'asiles publics, et non suivant le nombre des chefs de service. A l'extrême rigueur, on pourrait procéder par tirage au sort, mais non pour le président ni pour le professeur de Faculté qui devrait être nommé à chaque concours en suivant toutes les Facultés de médecine. Seraient seuls appelés à faire partie du jury les chefs de service (docteurs-médecins et médecins chefs) des asiles publics, des asiles privés et quartiers d'hospice faisant fonction d'asiles publics.

Un président par désignation administrative;

6 juges titulaires et 1 suppléant tirés au sort : 2 juges titulaires et 1 suppléant, parmi les 62 chefs de service de province; 1 juge titulaire parmi les 22 chefs de service de Paris; 2 juges titulaires, professeurs ou chargés de cours de psychiatrie de Paris et province désignés par tirage au sort; 1 juge titulaire, assigné par voie de tirage au sort parmi les médecins chefs de quartiers d'hospices et d'asiles privés faisant fonction d'asiles publics de Paris et de la province.

---

2 juges parmi les 62 chefs de service de province; 1 juge parmi les 22 de de la Seine; 1 juge (Bicêtre, Salpêtrière, Charenton, Infirmerie spéciale); 2 juges (Faculté de médecine); 2 juges suppléants parmi les chefs de province.

Jury de 7 membres plus 1 suppléant tirés au sort : 1 représentant des Facultés; 2 médecins en chef des asiles de la Seine; 1 des hospices de Paris, Bicêtre, Salpêtrière et de Charenton; 3 plus 1 suppléant parmi les médecins des asiles de province.

Avec 4 représentants de province au lieu de 3 et 2 suppléants (1 de province et 1 de Paris.)

---

4 juges parmi les médecins de province ; 2 juges parmi ceux de la Seine, le juge suppléant tiré au sort parmi ces 6 juges ; 1 juge professeur.

Je serais partisan d'un jury composé comme le jury actuel de 3 professeurs de Faculté, de 1 inspecteur, et de 3 juges médecins d'asile, à la condition que professeurs et juges médecins d'asile soient tirés au sort.

1° Parmi les 62 chefs de service de province : 3 juges et 1 juge suppléant.
2° Parmi les 32 chefs de service de Paris (y compris ceux de Bicêtre, la Salpêtrière, Charenton et l'Infirmerie spéciale, sans distinguer ceux-ci de ceux-là) ; 2 juges.

Les membres du jury non éligibles deux années consécutives.
Election d'un deuxième suppléant, pris parmi les adjoints ayant au minimum trois ans de grade.

Je suis partisan du tirage au sort des membres du jury parmi « les inscrits au cadre régulier des médecins en chef des asiles publics d'aliénés en activité de service ».
Et ceci dans le but de ne pas exclure du jury les médecins du cadre actuellement délégués par l'administration dans les asiles privés.

1° La logique exigerait, selon moi, qu'un jury, chargé d'apprécier les connaissances médicales des candidats, fût composé exclusivement de médecins qui, seuls, sont aptes à émettre une opinion autorisée sur des questions d'ordre médical ;
2° Le juge suppléant devrait être pris alternativement parmi les médecins de province et ceux de la Seine et désigné, bien entendu, par le sort.

Je crois que la condition nécessaire et suffisante pour faire partie du jury devrait être :
1° D'être médecin chef ou directeur ;
2° D'avoir dix ans de services effectifs depuis la date de nomination au grade de médecin adjoint.

Les chefs de service membres d'un jury ne pouvant plus être appelés à faire partie d'un nouveau jury qu'après une période de... ans.
Les facultés de médecine devant être successivement représentées dans le jury d'après un ordre de succession fixé par le sort.

Pour ce qui concerne le juge professeur de Faculté, je suis d'avis que, à chaque tirage au sort annuel, la Faculté de Paris ait droit à figurer deux ou trois fois dans l'urne, car elle doit, à mon avis, revenir plus souvent que celles de province, étant de beaucoup la plus importante.

Un ou au plus 2 professeurs de Facultés, l'un pour l'anatomie, l'autre pour la psychiatrie. Quant aux autres membres du jury, tirage au sort entre les médecins en chef des asiles. Il n'est pas nécessaire qu'ils aient trois années de grade.

Les professeurs spécialisés pour la psychiatrie ne pourraient-ils être comptés parmi les chefs de service des asiles et n'y aurait-il pas intérêt à prendre le professeur parmi ceux qui enseignent la médecine générale ou tout au moins parmi les éminents neurologues des hôpitaux ? (L'adjuvat comportant une épreuve d'anatomie et physiologie du système nerveux et des épreuves de pathologie générale, et le médecin d'asile étant destiné à soigner, comme le médecin d'hôpital, des maladies intercurrentes.)

Il serait, je crois, préférable que le juge professeur ou chargé de cours, au lieu d'être désigné par tirage au sort, chaque année, soit désigné par roulement après un premier tirage au sort établissant le point de départ. Leur nombre relativement restreint pouvant favoriser, au tirage au sort, une même Faculté à des intervalles de temps assez rapprochés.

A mon avis, l'inspecteur général ne devrait pas faire partie du jury, les professeurs devraient y figurer au même titre que les autres juges, ainsi que cela se passe pour le concours des hôpitaux, et ne devraient pas faire l'objet d'un tirage au sort spécial.

L'aptitude à être juge devrait être acquise après sept années d'entrée en fonctions comme médecin adjoint.

Les membres du jury ayant siégé ne devraient plus participer au tirage durant un laps de temps à déterminer.

Pourquoi faire participer au tirage les chefs de service de Bicêtre, la Salpêtrière, le Dépôt, Charenton, puisqu'ils sont recrutés de façon différente ?

Je n'admets de catégorie distincte que pour les médecins : de Charenton, de Bicêtre et la Salpêtrière, de l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

Les médecins des asiles de la Seine ne doivent pas être dissociés des médecins de province parmi lesquels ils doivent continuer à être pris sans concours spécial.

Donc : 4 juges parmi les 84 chefs de service des asiles publics ; 1 juge parmi

les chefs de service de Bicêtre, Charenton et Infirmerie spéciale ; 1 juge parmi les professeurs, etc. ; 1 juge suppléant parmi les chefs de service d'asiles publics ; en plus le président par désignation administrative.

Je ne pense pas que le concours d'adjuvat puisse (en dehors d'un professeur de psychiatrie) comprendre des médecins de services spéciaux (hôpitaux de Paris, Infirmerie spéciale, Charenton), car alors il n'y aurait aucune raison pour ne pas reconnaître un médecin des quartiers d'hospice et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, une place dans la liste de formation du jury qui a pour but de fournir non des aliénistes en général, mais des médecins d'asile. Cependant, ceux de ces médecins de services spéciaux qui possèdent le titre de médecin d'asile, soit comme anciens chefs de clinique de Paris (arrêté du 8 mars 1900), soit qu'ils l'aient acquis par voie de concours, pourraient à ce titre être assimilés aux médecins d'asiles publics. Évidemment, les médecins du cadre détachés auraient les mêmes privilèges que leurs collègues du cadre régulier.

Inutile de comprendre, parmi les futurs juges, les médecins aliénistes des hospices de la Seine, recrutés par un concours spécial. Ceux de Charenton dépendant de l'État peuvent être admis.

Le juge suppléant devrait être pris parmi les médecins de la Seine, plus à même de remplacer, sans grand dérangement, un absent.

Trois juges pour la province sont largement suffisants.

Je ne suis pas partisan de la distinction des chefs de service en deux catégories, parisiens et provinciaux ; mais pour parer à l'inconvénient d'un jury exclusivement parisien, désigné par le sort, le règlement pourrait spécifier qu'après la sortie de l'urne de deux noms parisiens, il ne serait plus tenu compte de ceux qui pourraient sortir au cours du tirage.

Pour tout le reste, j'approuve des deux mains.

Je crois que, comme dans certains concours artistiques, littéraires, etc., il serait possible de faire désigner par les candidats deux juges titulaires, un pris dans la catégorie des chefs de service de province, un dans la catégorie des divers chefs de service de la Seine et des autres chefs désignés dans votre lettre, les autres juges tirés au sort, un premier tirage pour la province, un deuxième pour Paris, le nombre des juges restant fixé à 6, au total.

Je préférerais la suppression de tous les agrégés et par exemple la proportion suivante : 1 représentant du ministère ; 4 des asiles de province ; 1 des asiles de la Seine ; 1 de Bicêtre et la Salpêtrière, Charenton, Dépôt, et le suppléant tiré parmi tous en bloc.

Cette proportion est moins rigoureusement mathématique que celle du

projet ci-joint, mais elle a l'avantage de mieux assurer la représentation dans le jury de chaque catégorie d'aliénistes, tandis qu'avec le système proposé il peut y avoir, par exemple, 2 médecins des asiles de la Seine et aucun de la dernière catégorie. La rigueur mathématique ne me paraît pas nécessaire ; il suffit que chaque catégorie soit représentée et il est naturel que les médecins d'asiles de province le soient en plus grand nombre.

Il me semble que l'on pourrait simplement demander les deux conditions suivantes :

1° Être chef de service ;

2° Un certain temps écoulé (par exemple 7 ans) depuis la nomination à l'adjuvat des asiles, à l'adjuvat de Bicêtre et la Salpêtrière, à Charenton, etc.

Dans les 3 juges de province, il faudrait fixer au moins 2 directeurs médecins, sans quoi il pourrait se faire qu'il n'y eût pas un directeur médecin dans le jury, ce qui paraîtrait étrange, étant donne ce fait qu'il y a aux épreuves, une question administrative. Or, nous savons tous très bien, que lorsqu'on est médecin en chef, on ne s'occupe plus du côté administratif.

Je signale le fait parce qu'il me semble avoir son importance. Le juge suppléant pourrait être tiré parmi tous les chefs de service de province.

Le juge suppléant n'étant appelé à siéger que très exceptionnellement, on peut pratiquement, il me semble, ramener à 3 le nombre des juges de province. Dès lors, la proportionnalité exigerait un seul siège attribué aux 21 chefs de service de la Seine, l'autre siège devant être attribué à l'un des 11 chefs de service suivants exclusivement : Bicêtre et la Salpêtrière, 7 ; Charenton, 2 ; Infirmerie du Dépôt, 2.

Comme dans les concours des hôpitaux, il serait juste de ne constituer définitivement le jury qu'après acceptation de tous les juges dont les noms sont sortis par voie de tirage. En cas de refus de l'un d'eux, tirer au sort un autre juge dans le groupe des chefs de service auquel appartenait le défaillant, de façon que le jury soit toujours au complet.

Je proposerais que le suppléant fût tiré au sort entre tous les chefs de service des asiles. Les années où le sort désignerait comme suppléant un médecin des asiles de la Seine feraient compensation avec les années où le sort ferait sortir comme juge titulaire un médecin de la Salpêtrière, Bicêtre ou l'Infirmerie, et où, par conséquent, les asiles de la Seine seraient trop peu représentés, à mon avis.

Pourquoi éliminer entièrement du jury les médecins adjoints ? Le juge suppléant ne pourrait-il pas être tiré au sort parmi les médecins adjoints ayant, si l'on y tient, trois ou quatre ans de grade ?

1° Suppression du représentant des facultés et de l'inspecteur général (comme pour le concours de Bicêtre) ;

2° Tirage du juge suppléant parmi les médecins de la Seine ;

3° Tirage du jury après la clôture de la liste d'inscription des candidats.

Statu quo pour quelques années. Puis tirage au sort de 2 membres de l'enseignement et de 5 médecins des asiles sans représentation proportionnelle.

Le système proposé dans ce projet de réforme ne me paraît préférable au *statu quo* qu'à cette condition que sera supprimée l'épreuve d'anatomie pour le jugement de laquelle quelques médecins d'asile, sur la fin de leur carrière, manqueront parfois de la compétence nécessaire.

Je ne suis pas partisan de la représentation proportionnelle (dans le cas actuel) parce qu'elle serait la consécration de deux catégories de médecins : les médecins de la Seine et les médecins de la province.

Le système proposé ne répond pas au principe de la représentation proportionnelle : un aliéniste de province a 1/15e de chance d'être juge ; un aliéniste de la Seine 1/13e ; un aliéniste de Bicêtre, de la Salpêtrière, de Charenton ou du Dépôt 1/32e.

L'écart est manifestement trop grand au détriment de la dernière catégorie ; il pourrait être modifié en tirant au sort deux fois de suite dans une liste commune à tous les aliénistes de Paris (Seine, Hôpitaux, Charenton, Dépôt), avec cette restriction que deux médecins de la catégorie (Hôpitaux, Charenton Dépôt) ne pourraient pas siéger ensemble.

La représentation proportionnelle proposée est fausse ; la corriger en portant à 4 le nombre des juges de province, tandis que celui des juges de la Seine resterait fixé à 2 (est-il nécessaire de faire entrer dans le jury des catégories d'aliénistes différentes ?) — et que les Facultés seraient représentées par une unité.

Ainsi, 7 juges : 4 provinciaux, 2 de la Seine, 1 professeur ou agrégé ; 2 juges suppléants : 1 pour la Seine, 1 pour la province.

Le chiffre impair permet d'avoir toujours une majorité et de coter les épreuves par le point maximum de la majorité.

Le président du jury serait un inspecteur général, il représenterait l'administration et n'apprécierait pas les épreuves.

1° Les professeurs, agrégés ou chargés de cours de psychiatrie dans une faculté de médecine qui seraient en même temps médecins en chef des asiles publics d'aliénés et pourraient ainsi être membres du jury à deux titres diffé-

rents, ne pourront être membres de ce jury qu'au titre de représentants des facultés de médecine.

2° A part l'inspecteur général, président, et le professeur, agrégé ou chargé de cours de psychiatrie, les cinq autres membres titulaires et le juré suppléant seront tirés au sort dans une liste comprenant (sauf la réserve énoncée au paragraphe précédent) tous les médecins en chef en exercice, du cadre des asiles publics d'aliénés : que ces médecins en chef exercent leurs fonctions dans un asile public ou dans tout autre établissement d'aliénés acceptant, pour les conditions de recrutement, d'avancement et de permutation avec d'autres établissements d'aliénés, les médecins du cadre des asiles publics.

I. *Jury*. — 1 président inspecteur général.

6 Juges titulaires :

1 juge professeur, chargé de cours ou agrégé d'anatomie appartenant à une des Facultés de France tirée au sort.

1 juge professeur, chargé de cours ou agrégé spécialisé pour la psychiatrie représentant une des Facultés de France tirée au sort.

4 juges tirés au sort entre tous les chefs de service de France indistinctement (récusation prévue pour le cas où le sort aurait désigné deux ou trois chefs de service du même établissement.)

1 juge suppléant tiré au sort entre tous les chefs de service de France indistinctement.

II. *Épreuves*. — Comme auparavant, d'après le décret du 5 août 1908, exception faite de la question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, question qui devrait être supprimée et remplacée par une deuxième épreuve clinique orale semblable à celle qui existe déjà. Il devrait donc y avoir deux épreuves cliniques orales, l'une portant sur un malade homme et l'autre sur une malade femme.

Je m'associe pleinement au vœu d'un jury tiré au sort et tel que vous l'indiquiez (1 seul juge représentant le corps enseignant, 3, les asiles de province, et 2 ceux de la Seine, les hospices, Charenton et le Dépôt).

Je voudrais que, en outre, on obtînt le principe du calcul des cotes d'épreuves basé sur la discussion de la note moyenne au lieu de la moyenne mathématique des cotes, actuellement en usage.

Je voudrais aussi l'affichage des points chiffrés et publiés aussitôt après chaque épreuve.

Enfin, l'ancienneté de cinq ans de service est exigée pour les jurys des hôpitaux de Paris, pourquoi ne pas l'appliquer au jury des asiles ? Cela éviterait à un candidat (comme cela vient de se voir) d'avoir comme juge un de ses concurrents d'il y a quatre ans.

Je partage votre avis au sujet de l'attribution de la présidence à un représentant de l'administration, et d'une place de juge à un professeur ou agrégé de Faculté, spécialisé. Pour les autres places, je suis partisan de la représentation exactement proportionnée au nombre des chefs de service des asiles

publics. Je ne vois pas ce que viendraient faire dans le jury les médecins de Bicêtre, de la Salpêtrière, etc., à moins de décider qu'à l'avenir ils seront recrutés par le même concours que les médecins des autres asiles.

Il me paraît mauvais de distinguer et de tendre ainsi à mettre en opposition deux groupes de chefs de service, selon qu'ils exercent dans la Seine ou en province. Si l'on croit à la nécessité de créer des groupes, que l'on sectionne tous les chefs de service en six groupes composés chacun de quatorze membres et qu'un juge soit pris dans chacun de ces groupes et désigné par le tirage au sort.

A côté de la question d'organisation du jury, il en est une autre plus importante, à mon avis : c'est le programme du concours. Ne conviendrait-il pas de décider que l'admissibilité, une fois obtenue, resterait acquise. De cette façon, on éviterait aux candidats d'être obligés de rabâcher à chaque nouveau concours des questions théoriques qui sont pure affaire de mémoire. Dans les épreuves d'admissibilité, n'y aurait-il pas lieu d'ajouter une question théorique de pathologie et de thérapeutique mentales. Toutes les épreuves théoriques feraient partie de l'examen d'admissibilité. L'admission ne porterait que sur des épreuves pratiques : examen de deux malades aliénés et d'un troisième, aliéné ou non, atteint d'une affection médicale ou chirurgicale.

Il serait bon de dresser un programme détaillé des questions administratives sur lesquelles porte le concours. Cette partie du programme est mal délimitée ; les candidats ne sont pas fixés sur ce qu'ils doivent préparer. On ferait bien d'introduire dans le concours une question d'hygiène hospitalière et alimentaire.

Il pourrait être donné une note supplémentaire de deux points par année d'internat effectuée dans un service d'aliénés par tout étudiant ayant plus de seize inscriptions ; de cette façon, on favoriserait, dans une certaine mesure, les internes ayant déjà rendu des services à l'administration et on les encouragerait à persévérer.

Voici les quelques critiques dont le système de la représentation proportionnelle me semble susceptible :

1° Ce système brise l'unité que les adversaires du concours spécial de la Seine s'efforcent de conserver entre tous les aliénistes des asiles publics.

Pourquoi considérer à part les 22 chefs de la Seine et les 62 chefs de la province ?

Qu'ils arrivent des quatre coins de la France ou qu'ils appartiennent à la même région, suivant les décisions du sort, chacun des juges apportera son caractère propre intègre ou partial. La sécurité que paraît donner la représentation proportionnelle me semble donc illusoire.

2° A quoi bon faire appel aux médecins de la Salpêtrière, de Bicêtre et de Charenton ? Ils n'ont pas recours aux médecins des asiles publics pour juger les épreuves des candidats aux places devenues vacantes parmi eux. Inutile donc de s'adresser à eux.

A ce compte-là, pourquoi les médecins chefs des maisons privées faisant fonction d'asiles publics ne seraient-ils pas invités à faire partie du jury ?

La constitution du jury qui me semble la meilleure, serait la suivante :

Un président nommé par l'administration n'ayant ni voix consultative, ni

voix délibérative, exclusivement chargé de veiller à l'observation rigoureuse de toutes les questions de forme.

Les 7 juges sont tirés au sort. L'un d'eux est tiré au sort parmi les professeurs ou agrégés spécialisés en psychiatrie de toutes les Facultés.

Les 6 autres juges sont tirés au sort parmi les 84 chefs de service des asiles publics de France, sans distinction aucune des départements auxquels ils appartiennent.

Être entré dans la carrière par un concours, telle est la seule condition à remplir pour avoir le droit d'être juge.

Il n'est tenu aucun compte de la plus ou moins grande ancienneté. Le lendemain de son élévation au grade, tout chef de service peut faire partie d'un jury.

Je ne suis pas d'avis de diviser les aliénistes en deux catégories, ceux de la Seine et ceux des départements.

Système proposé : tirer au sort un chef de service des asiles de chaque région de faculté.

Le jury serait ainsi composé : région de Paris, 1 juge ; région de Nancy, 1 juge ; région de Bordeaux, 1 juge ; région de Lille, 1 juge ; région de Toulouse, 1 juge ; région de Montpellier, 1 juge ; soit, 6 juges.

Tirer au sort le professeur de faculté, ce qui donnera 7 juges, non compris le président administratif.

Toutes les régions de la France seront ainsi représentées dans le jury.

Je n'ai pas d'opinion personnelle sur l'opportunité de modifier l'état actuel des choses ; il paraît, d'après ceux qui l'ont vu fonctionner de près, qu'une réforme est nécessaire ; j'en admets donc le principe. Mais la R. P. ne me séduit pas, parce qu'elle est basée sur une catégorisation des aliénistes qu'il est fâcheux de voir s'accentuer, contre laquelle protestent les sentiments et les actes de notre association amicale.

Il m'apparaît que l'introduction d'un tel système consacrerait le principe de la division des médecins aliénistes en deux classes : ceux de la Seine et ceux de la province ; son adoption par nous, membres de l'Amicale, constituerait de notre part la reconnaissance effective du séparatisme innové par une minorité, de ce petit schisme qui a éclaté dans notre corporation et dont la première conséquence a été le Concours spécial.

Dans un groupement professionnel aussi restreint que celui des psychiatres, où l'unité d'intérêt est si réelle, on devrait tendre à l'unification des forces et des aspirations ; nous devrions former un corps d'aliénistes unifiés. Or, la catégorisation n'est pas de nature à réaliser ce but.

C'est pourquoi je repousse le recrutement du jury par le système de la R. P. et me range à celui du tirage au sort entre tous les chefs de service des asiles de France indistinctement, sans que puisse être exigé un minimum de trois ans de grade. Si le mélange des noms dans l'urne est fait de façon convenable, il y a peu de chances que le sort nous donne des jurys bizarres. Et puis il faut bien se dire que, quel que soit le système adopté, un jury vaudra l'autre, et qu'au fond les choses n'en seront pas changées.

En somme, j'admettrais parfaitement un jury ainsi composé :
1 président nommé par le ministre ;
1 professeur de Faculté tiré au sort ;
6 autres juges, dont un suppléant, tirés au sort sans distinction de catégorie.

Le jury devant sauvegarder les intérêts des futurs chefs, des adjoints et aussi les intérêts des candidats, il est naturel : 1° de représenter dans le jury les médecins de quartiers d'hospice et asiles privés où sont certains collègues du cadre; 2° d'assurer aux élèves des villes et Facultés ou écoles qui auront pu fournir des médecins aux asiles de la même ville, des sympathies dans le jury.

On pourrait donc diviser les catégories de la façon suivante (les nombres de chefs de service sont sujets à quelques légères variations qui n'altéreraient que faiblement l'approximative proportionnalité dans la représentation) :

I. Asiles publics :
  1° Grands asiles de villes et Facultés de provinces (Rouen, Bordeaux, Nancy, Lille, Lyon, Marseille, etc., et Charenton). Chefs de service, environ. 22
  2° Seine — — 22
  3° Autres asiles (de province), environ. 42
II. Asiles privés faisant fonction d'asiles publics. 20
III. Quartiers d'hospice (Bicêtre, Salpêtrière et province) . . . 22
IV. Professeurs de Facultés et Dépôt. 6

Pour la représentation proportionnelle mettons 1 juge par 25 chefs de service ou fraction.

On a :

	Juges.	Chefs de service.
I. 1° Grands asiles (Charenton ?).	1	22
2° Seine	1	22
3° Autres asiles de province.	2	42
II. Asiles privés faisant fonction d'asiles publics. . . .	1	20
III. Quartiers d'hospice : Bicêtre, Salpêtrière (province et Charenton ?).	1	22
IV. Professeur ou Dépôt.	1	6
Total	7	134

Sans suppléant : ou bien le suppléant serait un médecin des asiles privés qui deviendrait titulaire pour le choix des candidats aux asiles privés à la place du médecin de quartier d'hospice, lequel se trouve pour ainsi dire le moins qualifié pour être titulaire.

Président, un admistrateur toujours. On pourrait d'ailleurs mettre les médecins de Charenton avec les juges des quartiers d'hospice et le Dépôt idem.

En tout cas, ce système paraît être très R. P. entre toutes les catégories d'étudiants-internes-candidats et médecins ayant plus ou moins intérêt et qualité à choisir leur futur collaborateur (en dehors de leur compétence professionnelle ou technique qui, elle, forme le titre des médecins de quartiers d'hospice et de professeurs).

Voici maintenant plusieurs réponses dont les signataires m'ont autorisé à faire connaître leurs noms :

Bien qu'il soit délicat de donner son opinion sur un concours où on n'a pas passé, je réponds pourtant à votre questionnaire. J'approuve absolument le tirage au sort. Il faut qu'il soit rigoureusement contrôlé par les candidats. J'approuve aussi pratiquement votre représentation proportionnelle bien que, théoriquement, le tirage au sort général soit plus séduisant. La clause des trois ans de grade est absurde. J'adopte donc votre système, mais je le voudrais plus radical. Le représentant de l'administration peut être tenté de faire intervenir la politique ou des influences parlementaires. Je lui retire toute voix pour l'appréciation des épreuves et des candidats. Les médecins savent assez d'administration pour juger l'épreuve en cette matière. Mais je conserve comme président le représentant du ministère pour veiller à l'observation du règlement. Je supprime tout représentant des Facultés : ils ont trop d'influence. Je le remplace par deux membres non aliénistes, médecins des hôpitaux de Paris, Lille, Bordeaux, etc., bref, des villes de Faculté. Il y a bien assez d'aliénistes dans le jury, et quelques médecins plus compétents encore pour les épreuves de médecine me paraissent tout indiqués. Je les mets deux (afin que le jury réel soit toujours de sept membres) et naturellement tirés au sort sans catégorie.

En résumé : 1 président par désignation administrative sans voix pour les épreuves, chargé de faire respecter le règlement et de conduire les opérations.

7 juges titulaires, 1 suppléant au sort.

3 juges parmi les 62 chefs de service de province ; 2 juges comme dans le projet; 2 juges parmi les médecins des hôpitaux des villes de faculté (Paris compris) tirés au sort, non aliénistes. Pas de représentants des Facultés ; 1 juge suppléant de province.

Signé : CHASLIN.

Il m'est difficile de vous donner un avis sur un concours que je n'ai pas passé. Je me crois cependant autorisé à vous envoyer ces quelques réflexions qui sont plutôt d'ordre général.

Le tirage au sort me semble devoir être préféré au choix pour la composition du jury. On pourrait en trouver la preuve dans les récents événements du concours d'agrégation.

La présence d'un haut fonctionnaire de l'administration rappelant avec autorité les règlements est supérieure à l'adjonction comme secrétaire d'un représentant de l'assistance publique aux juges de ces concours. Il paraît rationnel que ce fonctionnaire n'intervienne que pour veiller à l'observation rigoureuse de la forme. En effet, d'une part, les questions médicales ne sont pas de sa compétence. D'autre part, les questions d'ordre administratif sont familières aux médecins des asiles cumulant le plus souvent les fonctions de directeur.

En ce qui concerne la représentation des facultés. Je pense que celle-ci n'est pas indispensable en l'espèce. Ne faut-il pas attacher plus d'importance aux qualités de médecins traitant des malades qu'à celles de professeur. L'enseignement est une chose tout autre que la surveillance médicale et administrative des aliénés pour laquelle est créé le concours.

Devant fournir des médecins aliénistes à toute la France n'est-il pas juste

que dans les membres du jury du concours les chefs de service de province soient largement représentés.

Enfin n'y aurait-il pas lieu d'introduire parmi les juges des médecins des hôpitaux de Paris et de province : les épreuves de médecine générale devraient, il me semble, avoir plus d'importance dans le concours.

Signé : RICHE.

Désirant, pour la sauvegarde des intérêts de tous les candidats, la représentation des différentes régions, je proposerais ce qui suit :

1° 1 juge universitaire tiré au sort;

2° 2 juges pour la Seine, mais à condition que le professeur ou agrégé désigné n'appartienne pas à la Seine. Dans ce dernier cas, le deuxième médecin de la Seine serait pris en province afin d'éviter que la moitié du jury ne soit parisien;

3° Les 4 médecins de province sont désignés par le tirage au sort, 1 dans chaque région (voir régions fixées sous l'ancien mode de concours). La région possédant le professeur ou l'agrégé se trouvera privée d'un titulaire d'asile, sauf Paris qui, en ce cas, en conservera toujours un;

4° Le médecin suppléant, pris en dehors du juge universitaire, sera toujours le plus jeune comme service à quelque région qu'il appartienne. (Pourquoi une exception pour Paris?)

5° Le tirage au sort sera une réalité et non une simple désignation;

6° Les frais de transport et de séjour à Paris seront nettement stipulés.

Signé : VIALLON.

Je vous retourne, après l'avoir rempli, le questionnaire que vous avez bien voulu m'adresser. Je vous autorise à donner mon opinion avec mon nom, soit pour ce que je vous dis dans ce questionnaire, soit pour les explications complémentaires que je vous adresse par la présente.

Vous nous donnez à choisir entre le bloc (des aliénistes) et la R. P. qui semble avoir vos préférences.

1° En bloc : tirer les juges au sort dans le bloc de tous les chefs de service de Paris et de la province est assurément le système le plus logique, car nous avons, ou du moins nous devrions avoir, les mêmes droits. Malheureusement, dites-vous, ce système paraît avoir peu de chance d'être agréé par qui de droit. Pourtant je ne vois guère ce qu'on peut lui reprocher. Peut-être la formation de jurys composés exclusivement, soit de parisiens, soit de provinciaux? Ces éventualités peuvent se produire, mais elles seront très rares. D'ailleurs, par la force des choses, l'internat de la Seine deviendra de plus en plus l'antichambre de l'adjuvat, et dans un avenir qui ne me semble pas très éloigné, la grosse majorité des aliénistes de la province seront d'anciens parisiens. Donc, à ce moment-là, la distinction que vous établissez aujourd'hui ne reposera plus sur une diversité d'origine et d'éducation médicale, mais simplement sur une diversité de résidence pour le plus grand nombre. Tout cela ne semble pas nécessiter l'emploi de la R. P., d'autant plus que son adoption serait la consécration officielle du « séparatisme » séquanien, contre lequel on a protesté à juste titre, à mon avis tout au moins.

2° La R. P. : Malgré les raisons qui me font préférer le système du bloc,

je m'accommoderais volontiers d'une R. P. à condition qu'elle soit exacte ; or, celle que vous nous proposez méconnaît les droits arithmétiques de la province. Sur un total de 94 chefs de service, Paris en compte 32 et la province 62, soit sensiblement le double (je cite vos chiffres). Ces deux groupes doivent donc être représentés le premier par 2 juges et le second par 4 ; or, vous ne donnez que 3 juges à la province. On ne saurait, en effet, faire entrer en ligne de compte le siège de juge suppléant, puisque : 1° le suppléant peut ne pas fonctionner; 2° s'il fonctionne il remplace un provincial ou un Parisien ; dans le premier cas la province n'a toujours que 3 sièges ; mais dans le second, elle en a 4, alors que Paris n'en a plus qu'un seul ; Paris n'a plus que le quart des sièges accordés à la province, alors qu'il peut en revendiquer la moitié ! Une telle éventualité doit faire écarter la R. P. telle que vous nous la proposez.

Est-il possible d'établir une R. P. qui offre tout à la fois plus d'exactitude et plus de fixité ? Assurément. Il suffira de porter à 7 le nombre des juges titulaires, et à 2 celui des juges suppléants. Nous aurions alors :

4 juges tirés au sort parmi les 62 provinciaux ; 2 juges tirés au sort parmi les 32 parisiens, soit pris en bloc, soit avec les distinctions que vous établissez ; 1 juge, professeur ou agrégé spécialisé représentant la Faculté désignée par le sort ; 2 juges suppléants tirés au sort l'un parmi les parisiens, l'autre parmi les *provinciaux* ; chacun d'eux remplacerait, mais dans son groupe seulement, le juge défaillant.

1 président. La présidence du jury appartiendrait toujours à un inspecteur général délégué du ministère ; il aurait un rôle purement administratif et ne coterait pas les épreuves des candidats. C'est le système pratiqué dans les concours hospitaliers de Lyon. L'affiche est ainsi libellée : Un concours de médecin (ou de chirurgien) des hôpitaux aura lieu à telle date devant l'administration assistée d'un jury médical. L'administration est représentée par un de ses membres délégué à cet effet.

Pour conclure : le jury de 7 membres, tel que je le propose, aurait divers avantages : 1° il donne respectivement à la capitale et à la province le nombre de sièges auxquels elles ont droit ; 2° la nomination de 2 suppléants permet de maintenir constante et exacte la R. P. des deux groupes ; 3° le chiffre impair des juges assure une majorité dans tous les cas.

Telles sont, mon cher ami, les réflexions et les propositions que me suggère la lecture de votre projet. Puisqu'il s'agit d'accorder aux candidats le maximum de garanties, peut-être ne serait-il pas inutile d'envisager les diverses façons de coter les épreuves et de choisir la meilleure. Faut-il totaliser les points donnés par les juges ? Faut-il prendre la moyenne de l'ensemble ? Faut-il prendre la moyenne après défalcation des deux notes extrêmes ? Faut-il prendre la note minimum de la majorité ? C'est à ce dernier système que je donnerais la préférence.

Signé : Toy.

P. S. — Enfin, pour prévenir autant que possible les surprises du tirage au sort, je crois qu'il serait bon de stipuler que tout juge ayant siégé dans un jury du concours, ne pourra être désigné pour le concours suivant, ou même pour les deux concours suivants.

Je vous envoie ci-joint mes réponses à votre *referendum*, en y ajoutant les commentaires suivants dont vous pourrez faire tel usage qui vous conviendra et dont je suis prêt, en toute circonstance, à revendiquer la paternité.

Avec vous, j'estime qu'il est utile de modifier la composition du jury de l'adjuvat dans le sens de la réduction de la représentation professorale. Le concours de l'adjuvat, en effet, a pour but de discerner chez les jeunes aliénistes ceux qui présentent les meilleurs qualités pour faire d'abord des médecins d'asile, et ensuite pour devenir des chefs de service complets. Il n'y a en vérité que les médecins d'asiles eux-mêmes qui soient en situation de juger ces qualités à l'abri des petites rivalités d'écoles, de doctrines et de préséance, qui tiennent actuellement une trop grande place dans les préoccupations des jurys. Le jury de l'adjuvat devrait donc être essentiellement composé de médecins des services publics d'aliénés, et un représentant de l'enseignement officiel psychiatrique, comme vous le proposez, me paraîtrait suffisant pour tempérer et départager au besoin les tendances trop exclusivement professionnelles des autres juges.

Rien n'est plus juste aussi que de s'en rapporter uniquement au sort pour la désignation des juges, et il n'aurait jamais dû en être autrement, puisque cette procédure est conforme à la lettre du règlement qui, à l'origine, a fixé les conditions du concours.

Non seulement je considère la condition d'un minimum d'ancienneté de grade pour les chefs de service comme injustifiée, mais j'estime qu'il serait bon d'assurer dans le jury la présence d'un jeune camarade. Un médecin-adjoint qui a seulement quelques années de fonction, est parfaitement en état de faire un excellent juge. Je proposerais donc que l'un des juges fût un médecin-adjoint, tiré au sort parmi ceux qui ont plus de cinq ans de grade.

Quant à la représentation proportionnelle, basée sur la distinction entre Seine et province, je m'élève contre elle avec la dernière énergie, j'allais dire avec la plus vive indignation, comme je l'ai déjà fait dans des circonstances différentes, qui procédaient du même esprit.

Il n'y a pas une Seine et une province : il y a simplement une France. Il n'y a pas des asiles de la Seine et des asiles de province : il y a seulement des asiles départementaux. Je considérerais la tyrannie provinciale du nombre comme aussi odieuse qu'une aristocratie séquanienne, et je me refuse à croire que le corps des médecins des asiles publics de notre pays est assez peu conscient de sa probité, pour considérer comme calamiteux le jour — très improbable d'ailleurs — où le sort aveugle ou ironique, se plairait à faire un jury composé de 6 médecins de la Seine ou de 6 médecins du Nord. Comment ! au jour où l'élargissement fatal des collectivités pousse irrésistiblement tous les hommes vers la suppression des frontières et des particularismes étroits et féroces, nous, aliénistes, qui, dans la société, représentons à peine quelques douzaines d'unités, nous qui avons tous la même origine et la même fonction, nous nous obstinerions à rétablir des barrières féodales dans notre spécialité, et nous ne comprendrions pas qu'opposer une psychiatrie et une assistance parisiennes à une psychiatrie et à une assistance provinciales, c'est faire une œuvre non seulement réactionnaire, mais absurde. Si c'est là toute la leçon que nous avons tirée de l'histoire du dernier concours — y compris celui des médecins des asiles de la Seine — il faut avouer que vraiment nous avons la tête dure !

Voici, pour conclure, comment je comprendrais la composition nouvelle du concours de l'adjuvat :

1 président, nommé par le ministre de l'intérieur: 5 juges titulaires, tirés au sort parmi tous les chefs des services publics d'aliénés de France; 1 juge titulaire, professeur de psychiatrie d'une faculté de médecine tiré au sort; 1 juge suppléant, tiré au sort parmi les médecins-adjoints des mêmes services ayant cinq ans de grade.

Signé : CHARON.

A Paris, le jury du concours pour les places de médecins des hôpitaux est composé uniquement de médecins des hôpitaux tirés au sort. Pour le concours de l'adjuvat des asiles de France, le jury devrait être composé uniquement de médecins chefs ou directeurs des asiles d'aliénés tirés au sort. Ce serait le système le plus simple, ce serait le mieux. Mais le mieux étant, paraît-il, l'ennemi du bien, je me rallie entièrement à votre projet.

Signé : VALLON.

Je suis surtout partisan de la suppression de l'adjuvat et de la nomination, dans des conditions à déterminer, de médecins chargés d'un service sous leur responsabilité personnelle.

Ni médecin en chef, ni médecins adjoints, des médecins d'asiles simplement responsables de leurs services.

J'ai tenu à publier l'ensemble de ces documents critiques (abstraction faite des lettres totalement favorables à mon projet), afin que l'enquête fût impartialement relatée dans ce journal de libre discussion.

Sans entrer aujourd'hui dans le détail, je tiens à faire remarquer à plusieurs de mes correspondants qu'il n'y a pas lieu de discuter ma proposition de modification du jury d'adjuvat comme si elle revêtait un caractère *doctrinal et définitif*. Mon but a été infiniment plus modeste. J'ai voulu actionner une réforme que la plupart s'accordent à considérer comme inévitable et urgente, et j'ai cherché à l'orienter, à l'aiguiller dans une voie où elle puisse avoir quelque chance de réalisation pratique.

Voilà tout. Reste le reproche, le gros reproche de *séparatisme*, que m'adressent quelques amis, pour n'avoir pas mis d'emblée dans le même sac tous les aliénistes et pour avoir à propos de la R. P. réédité la distinction des catégories (Paris, province, etc.), anciennement innovée et admise encore aujourd'hui par l'autorité ministérielle.

Après un mûr examen de conscience, j'avoue que je ne me sens coupable, ni en intention, ni en fait; et j'estime qu'il ne peut y avoir là qu'un malentendu, puisque mon projet ne tend à grouper autour du concours d'adjuvat des catégories données de juges que dans un but de recrutement unitaire pour la psychiatrie française. Si donc j'ai fait du

« séparatisme », eh bien, ça ne peut être que sans le savoir, à l'exemple de mon ami Charon, qui, l'an passé, n'a élevé — que je sache — aucune protestation véhémente, quand il fut désigné pour faire partie du jury d'adjuvat, où sur 7 juges titulaires il représentait *officiellement* la... *province* avec le seul collègue Ramadier (2 juges de province), tandis que l'ami Sérieux représentait... *Paris* (1 juge de la Seine).

Mais comment ne s'est-on point avisé plus tôt que le concours de l'adjuvat pourrait bien être... une invention *séparatiste*?

A. Antheaume.

(*A suivre.*)

ASSISTANCE ET LÉGISLATION

Évolution de l'assistance des aliénés en Allemagne. La clinique psychiatrique de Munich, par le Dr J. MOIEINA. (*Archives brésiliennes de psychiatrie*, etc., 1908, nos 1 et 2.)

Communication faite à l'Académie de médecine de Rio de Janeiro. L'auteur fait l'historique des asiles d'aliénés en Europe, et particulièrement en Allemagne depuis le quatorzième siècle jusqu'à nos jours. Il étudie les progrès successifs de la thérapeutique, la distinction déjà ancienne des asiles de traitement et des dépôts d'incurables, puis la création des colonies agricoles, des cliniques universitaires autonomes, la clinothérapie, la balnéation et la surveillance continues, les services spéciaux d'épileptiques, de nerveux, de buveurs et de délinquants. Enfin, il donne de longs détails sur la clinique de Munich, aujourd'hui dirigée avec tant de talent par le professeur Kræpelin, sur le prix de revient du bâtiment, de l'installation des salles et du matériel scientifique, la distribution du service des cliniques entre les différents médecins de l'établissement, la répartition de l'enseignement entre le professeur et ses collaborateurs, l'organisation des laboratoires. Cette clinique ainsi organisée attire en foule les médecins du monde entier.

L. Wahl.

La nouvelle infirmerie de la section des hommes du manicome de San Baudilio, par le Dr FERRER (*Revista frenopatica española*, septembre 1908.)

La Congrégation des Frères de Saint-Jean-de-Dieu qui est propriétaire de l'asile, a voulu faire bénéficier les malades des progrès modernes et a réussi à construire une infirmerie dans laquelle sont réunis tous les desiderata des hygiénistes et des cliniciens.

L. Wahl.

Le rôle du travail dans le traitement des maladies mentales, par le Dr CH. LADAME (Conférence faite à la troisième assemblée générale de la Société genevoise de patronage des aliénés 1908).

Après un rapide historique de cette intéressante question du rôle thérapeutique du travail et après avoir rappelé les noms de Gaspard de la Rive, Pinel, Reil, Langermann, Horn, Esquirol, Renaudin et Binswanger, l'auteur signale les sérieux avantages du travail comme maintien de l'ordre et de la discipline dans les hôpitaux pour maladies mentales et s'élève contre la conception purement fiscale du travail des aliénés. La légitime préoccupation de tirer parti des produits de l'activité des malades ne doit pas faire perdre de vue que le travail est avant tout un moyen thérapeutique. Le médecin doit rester le seul juge de l'organisation du travail dans les asiles. Le travail doit être facultatif, rétribué, varié et surveillé par un personnel apte à comprendre le malade. Il est nécessaire que les chefs d'atelier, hommes du métier, soient en même temps de bons infirmiers. René CHARPENTIER.

Patronage des libérés dans la République Argentine, par le Dr BAILOÉ. (*Archives de psychiatrie et de criminologie*. Buenos-Ayres, mars-avril 1908.)

En Argentine, pays neuf, 63 p. 100 des libérés refusent le patronage qui, cependant, a été avantageux pour un certain nombre d'assistés. Ce patronage doit être officiel, il ne présente cependant que peu d'intérêt en Argentine contre la récidive; le travail y étant facile à trouver, il ne peut guère être utile qu'à ceux qui désirent apprendre une profession déterminée. Le gouvernement argentin laisse à chaque directeur d'établissement le souci d'organiser suivant ses vues personnelles le patronage des libérés. L'auteur se prononce contre les patronages autonomes.
L. WAHL.

La fièvre typhoïde dans les asiles et en particulier, à Bunzlan; pavillon d'isolement pour femmes bacillaires, par les Drs HELLEMANN et NEISSER. (*Société des aliénistes de l'est de l'Allemagne*, décembre, 1907. *Allg. Zeitschr. f. Pyschiatr.*, LXV, 3, 1908.)

Il y a eu à l'asile en 1906, une épidémie. L'examen systématique de l'établissement après la cessation de l'épidémie a révélé que 14 individus (12 femmes et 2 hommes) étaient porteurs du bacille typhique. Ces bacilles ayant été découverts six à huit mois après l'apparition du dernier cas de fièvre typhoïde, et étant par conséquent rendus inoffensifs, leur rôle d'agent pathogène devient douteux.

Bien que deux examens de selles aient, à une semaine d'intervalle, fourni un résultat négatif, il y a cependant lieu de se tenir sur la défensive, car on a, à plusieurs reprises observé, des pauses considérablement

étendues dans l'excrétion du bacille. Rien en tout cas ne doit être négligé pour rendre les sujets vecteurs de bacilles inoffensifs. Un pavillon spécial est nécessaire.

Voici celui qu'on a construit.

On n'y peut avoir accès du dehors que par un guichet; on y fait passer les aliments. On procède devant le pavillon à la distribution de ces derniers sur une table; puis les marmites retournent à la cuisine sans avoir été en contact avec le milieu de la section ni avec le personnel ou les malades.

L'office où on lave la vaisselle du pavillon ne communique pas avec le dehors; il n'est accessible que de la salle des malades du pavillon.

Les infirmiers du pavillon ont leur salle à manger propre, pourvue de son office-laverie et pièce annexe, dans le sous-sol; ils ont une chambre de repos pour la veille de nuit dans les combles; ils gagnent ces locaux par un escalier indépendant.

Les infirmières ne doivent quitter le pavillon qu'après s'être désinfectées dans une salle de bains attenante au dortoir; elles y laissent leurs vêtements de dessus spéciaux et se revêtent ensuite dans une antichambre particulière de vêtements de dessus propres. La chambre de bains en question contient un water-closet qui n'est accessible qu'aux infirmières.

Pas de chasses d'eau dans les cabinets d'aisance des typhiques; rien que des chaises percées faciles à désinfecter. Des pièces contiguës annexes servant à conserver, examiner, désinfecter les déjections qui sont ensuite envoyées dans la canalisation au moyen de tuyaux n'ayant pas de communication avec les malades. La disposition des locaux est telle que le médecin peut inspecter les déjections conservées et y prélever le quantum nécessaire et faire toute autre opération sans mettre les pieds dans les locaux occupés par les malades.

Le linge sale est directement jeté dans le sous-sol par un trou qui se rend immédiatement dans une cuve remplie de lysoforme brut; du sous-sol il gagne par une issue spéciale directement la buanderie centrale.

Les malades disposent de grands, de petits dortoirs et de salles de réunion avec chambres d'isolement et véranda chauffable; ils ont également une salle de bains permanente spacieuse. Tous les locaux accessoires sont groupés autour de la salle principale par laquelle ils sont commodément accessibles; la surveillance est constamment assurée. De la véranda, on va au jardin par un escalier séparé qui n'est accessible qu'aux seuls malades ainsi qu'au personnel de surveillance de service.

P. KERAVAL.

Les peines disciplinaires dans les établissements pénitentiaires, par INGEGNIEROS, MARTINEZ et ORTEZ, (*Archives de psychiatrie et de criminologie*, Buenos-Ayres, janvier-février 1908.)

Rapport officiel à propos d'une plainte adressée par un détenu contre une décision du directeur de la prison, lui infligeant une punition de

quinze jours de cellule de discipline à la suite d'une dénonciation calomnieuse et outrageante qu'il avait adressée au sous-directeur de l'établissement. A ce propos, les auteurs étudient la justice carcéraire des principaux pays, font une étude très intéressante de législation comparée, s'élèvent avec véhémence contre les punitions corporelles, mais se prononcent pour la légitimité de la cellule d'isolement, à condition qu'elle satisfasse aux règles de l'hygiène, comme cela existe dans la prison incriminée à quelques légères modifications près. L. WAHL.

L'aliénation mentale peut constituer une cause de divorce lorsque l'origine de la maladie est antérieure au mariage et a été dissimulée à l'autre conjoint.

Cette intéressante question vient d'être tranchée par un jugement de la quatrième chambre du Tribunal civil de la Seine en date du 24 décembre 1908. Il s'agissait de savoir si l'aliénation mentale de l'un des époux constituait une cause de divorce lorsque l'origine de la maladie est antérieure au mariage et a été dissimulée à l'autre conjoint.

Attendu qu'il résultait des certificats versés aux débats et signés par des professeurs à la Faculté de médecine de Nancy, que Mme X... était malade et avait été soignée par eux deux années avant son mariage; que dans un intervalle lucide, le 14 avril 1898, elle avait contracté mariage avec M. X... et que quelques semaines après la consécration de cette union, son état morbide avait été constaté; qu'en septembre de la même année, elle a été internée dans un asile d'aliénés et que les divers certificats produits depuis cette époque jusqu'à ce jour déclarent que l'état de la dame X... est incurable, les juges ont estimé que la dissimulation de cet état mental, qui, s'il avait été connu du mari, aurait été de nature à empêcher le mariage, constitue une injure et ont prononcé le divorce au profit du mari. L. PARROT.

L'obsession traumatique

La cour de Paris, septième chambre, a rendu, le 7 avril 1908, un arrêt sur une intéressante question de neurasthénie traumatique.

Elle était saisie d'une demande en revision formée par un accidenté nommé Chapuis. Le 16 novembre 1906, cet ouvrier avait formé sa demande en revision de la rente allouée contre ses patrons, MM. Ravier frères, en soutenant que son état de neurasthénie s'était aggravé, qu'à diverses reprises il avait dû séjourner dans des asiles d'aliénés, et qu'il était incapable de tout travail.

Sur cette demande en revision, les premiers juges avaient commis les docteurs Joffroy, Reclus et Brissaud avec mission de rechercher et de dire « s'il existait une relation de cause à effet entre l'accident originaire

dont Chapuis avait été victime le 12 novembre 1903 et l'état mental où il se trouvait actuellement ».

Le tribunal avait, conformément au rappport des experts, admis la demande en revision, constaté l'aggravation et élevé en conséquence à 283 fr. 37 la pension de Chapuis.

Ce jugemennt n'avait satisfait personne : Chapuis, prétendant être atteint d'incapacité permanente absolue demandait à la cour de lui allouer une rente de 1.511 fr. 40 ; les frères Ravier, de leur côté, soutenaient qu'il n'y avait pas lieu à revision, l'état de Chapuis étant resté stationnaire depuis le jugement primitif qui avait alloué à Chapuis, le 10 février 1905, une rente de 45 fr. 35.

A cette époque, le docteur Brissaud avait déclaré Chapuis atteint d'obsession traumatique et conclu à une incapacité permanente partielle de 4 p. 100.

En présence de ces circonstances, la cour de Paris déclare tout d'abord que « la question à résoudre est celle de savoir s'il résulte suffisamment, tant du rapport des experts que des autres documents de la cause, qu'une aggravation soit survenue dans l'état de l'accidenté, et si son état mental actuel se rattache au traumatisme par un lien de cause à effet de nature à engager la responsabilité patronale ».

Puis elle déclare : « Il échet de rappeler que le docteur Brissaud, dans son rapport de juillet 1904, après avoir constaté chez l'ouvrier la persistance de troubles psychiques entretenus par l'idée fixe de la gravité de la blessure, en un mot l'obsession traumatique, conclut à une infirmité permanente partielle ;

« Le Tribunal, s'appuyant sur ce rapport, a admis la demande de rente : son jugement a été confirmé et il est acquis que les troubles psychiques alors reconnus étaient une conséquence de l'accident. »

La cour examine ensuite l'avis des experts commis sur la demande en revision et dont voici les conclusions :

« L'effet immédiat du traumatisme a été une commotion cérébrale aujourd'hui guérie. Le trouble psychique spécial dont Chapuis est atteint consiste dans l'idée fixe de la haute gravité du traumatisme subi. C'est une idée fixe, idée foncièrement fausse et qui s'est emparée de son esprit et n'a cessé d'entretenir chez lui l'obsession d'une infirmité incurable, et ainsi s'est constituée une maladie nouvelle ; l'intensité du traumatisme n'en a pas été la cause, le souvenir du traumatisme en a été le prétexte. »

La cour interprète ainsi ce rapport : « Malgré ce passage du rapport des experts, il n'apparaît pas que l'accident du 13 novembre 1902 soit à leurs yeux étranger à la neurasthénie dont l'ouvrier est actuellement atteint et sans aucun lien avec elle, puisque, dans leurs conclusions finales, ils déclarent : « Nous reconnaissons, avec le docteur Marie, que les troubles actuels observés chez Chapuis peuvent être en rapport très indirect et très éloigné avec le traumatisme... La neurasthénie de Chapuis

entraîne une diminution professionnelle des plus nette : le taux de cette diminution a augmenté depuis la précédente expertise. »

Et la cour de conclure : « Si la neurasthénie de Chapuis n'est pas une conséquence nécessaire du traumatisme, elle a été occasionnée tout au moins par son souvenir obsédant;

« Si l'hypothèse de la fracture de la base du crâne doit être écartée, il y a eu néanmoins des présomptions de fracture après la chute sur la tête de l'ouvrier; Chapuis a pu ainsi être hanté, même après une reprise du travail prolongée, par l'idée fixe de la gravité de son mal;

« Cette idée fixe, d'ailleurs, n'a pas été voulue, ni méditée, ni réfléchie : les phénomènes objectifs constatés chez lui, notamment des modifications de la sensibilité cutanée, sont exclusifs de la simulation;

« Si la névrose dont il souffre implique une débilité de volonté, elle n'est point due, à l'estime des experts, à la complaisance de la pensée;

« Il appert donc, tant du rapport des experts que des autres documents de la cause, que la maladie de Chapuis est réelle, et que, sans l'accident, elle n'aurait pas éclaté;

« L'accident en a, par conséquent, été la cause occasionnelle; une relation, alors même qu'elle serait éloignée, existe entre le traumatisme et la neurasthénie aggravée de Chapuis, et que c'est à bon droit que les premiers juges ont déclaré qu'il y avait lieu à revision. »

Et la cour maintenait, en conséquence, la rente de 283 fr. 37 allouée à Chapuis, sans l'augmenter parce que l'ouvrier n'établissait pas qu'il était dans l'impossibilité absolue de travailler.

La cour semble avoir bien jugé, puisque l'obsession dont l'ouvrier était victime se rattachait par un lien de cause à effet à l'accident.

La jurisprudence, en effet, est formelle : il n'y a pas lieu à la rente si la névropathie invoquée était un état antérieur à l'accident et ne découlait pas de lui; on ne saurait alors tenir compte d'éléments purement subjectifs manifestés par les dires de l'ouvrier (Tr. civil de Valenciennes. *La Clinique*, 6 juillet 1906, n° 27.)

Mais, si l'accident aggrave un état de neurasthénie latent ou léger, il faut tenir compte de cette aggravation subséquente, conformément à une jurisprudence consacrée qui ne prend pas en considération les antécédents morbides et suppose par cela même que l'accident est la seule cause de l'état actuel de la victime.

M. TOUREY-PIALLAT [1].

1. Extrait de la *Revue clinique*, deuxième année, n° 1, janvier 1909.

Le Gérant : G. DELARUE.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES CONTEMPORAINS

LE DOCTEUR P. L. LADAME
(de Genève)

L'Informateur
des Aliénistes et Neurologistes

H. DELARUE ET Cie, Éditeurs
PARIS

4e Année N° 4 25 Avril 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur K. J. Povarnine est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

St. Bartholomew's Hospital and College de Londres. — M. le docteur Robert Jones, lecteur à Westminster Hospital medical School de Londres, est nommé lecteur de psychiatrie.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement de Mars et Avril 1909

M. F. de Saint-Sauveur, chef de bureau, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé sous-directeur honoraire du ministère de l'intérieur.

M. le docteur Marchand, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Blois, est nommé médecin-adjoint de la maison nationale de Charenton (poste créé) et maintenu dans le cadre des médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés.

M. le docteur Levet, directeur médecin de l'asile de La Charité (Nièvre), est promu à la deuxième classe du cadre.

M. le docteur Robert, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Château-Picon (Gironde).

M. le docteur Camus est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).

M. le docteur Perrens est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure).

M. le docteur Froissart est nommé médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne).

M. le docteur Cotard est nommé médecin adjoint de l'asile de Dijon (Côte-d'Or).

M. le docteur Albès, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Montpellier (poste créé).

M. le docteur Baruk, directeur-médecin de l'asile d'aliénés d'Alençon, est promu à la deuxième classe du cadre.

M. le docteur Vigouroux, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vaucluse, est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le docteur Santenoise, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Ylie (Jura), est promu à la deuxième classe du cadre.

M. le docteur Alombert-Goget, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille, est promu à la deuxième classe du cadre.

M. le docteur Privat de Fortunié, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Armentières (Nord), est nommé, en la même qualité, à l'asile de Montdevergues (Vaucluse) et promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Administration générale de l'Assistance publique (de Paris)

M. le professeur Brissaud, prend à l'Hôtel-Dieu le service de délirants des hôpitaux, vacant par suite du départ du professeur G. Ballet à l'Asile clinique (Sainte-Anne).

M. le docteur Claude, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, est nommé chef de service à l'hôpital Andral.

Distinctions honorifiques

M. le docteur Sizaret, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine), est nommé officier de l'instruction publique.

NOUVELLES

Internat des asiles d'Armentières et de Bailleul

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Hannard, Legrand, Rolland et Leroy, internes titulaires, et Vendiesse, interne provisoire.

Académie des sciences et lettres de Montpellier

Prix Alphonse Jaumes. — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier informe le public qu'un prix d'une valeur égale au montant de deux années d'arrérages d'une somme de 30 000 francs placée en rente sur l'État, sera décerné au commencement de l'année 1910, à l'auteur du

meilleur travail sur un sujet (au gré de l'auteur) de pathologie et de thérapeutique générales sous le nom de prix Alphonse Jaumes.

Un autre prix de même valeur sera distribué au commencement de l'année 1911, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet (au gré de l'auteur) de médecine légale. — Ce prix portera également le nom de prix Alphonse Jaumes.

Les travaux présentés pourront être imprimés ou manuscrits, mais ils ne pourront concourir qu'autant qu'ils n'auront pas plus de quatre ans de date.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Daniel R. Brower, professeur de neurologie et de psychiatrie au Rush medical college de Chicago.

M. Léo Meillet, directeur de l'asile d'aliénés de Cadillac (Gironde).

SOCIÉTÉS SAVANTES

FRANÇAISES[1]

Société de neurologie

SÉANCE DU 1er AVRIL 1909

Torticolis spasmodique traité par la section de la branche externe du spinal. — M. *Sicard* présente deux malades qui ont subi pour torticolis la section de la branche externe du spinal et qui sont opérées depuis longtemps; le résultat est très satisfaisant, et les quelques troubles qui ont suivi l'intervention ont disparu.

M. *Babinski.* — Chez une malade présentée il y a deux ans, et opérée pour torticolis spasmodique, les quelques troubles de l'épaule consécutifs à l'intervention ont disparu rapidement.

M. *Brissaud* pense que, chez les malades, l'emploi de la psychothérapie aurait eu les mêmes résultats.

Pour M. *Babinski*, la conclusion à tirer de ces faits est que la résection de la branche externe du spinal n'est pas une opération grave.

Syndrome protubérantiel. — MM. *Raymond* et *Henri Français* présentent un cas de paralysie alterne du type Millard-Gubler, dans lequel deux particularités sont à signaler : d'une part, l'hyperexcitabilité fara-

1. Le lecteur trouvera dans L'ENCÉPHALE, *organe officiel* de la Société de psychiatrie, le texte complet des travaux de cette Société; pour le compte rendu *in extenso* des séances de la Société de neurologie, consulter son organe officiel la REVUE NEUROLOGIQUE.

dique du facial montre que la lésion doit être supra-nucléaire ; d'autre part, les troubles de la gustation coexistant avec l'intégrité de la sensibilité dans le domaine du trijumeau montrent que la lésion intéresse le noyau d'origine du nerf intermédiaire de Wrisberg.

Syndrome de la calotte pédonculaire. — MM. *Raymond* et *Henri Français* présentent un homme de trente et un an, chez lequel la présence d'une paralysie de la III[e] paire montre l'existence d'une lésion pédonculaire ; il y a des troubles unilatéraux des diverses sensibilités, de l'ataxie et de l'asynergie cérébelleuse unilatérale, que la faible importance des troubles moteurs permet de bien mettre en évidence. Ces troubles paraissent témoigner d'une lésion du pédoncule cérébelleux supérieur et du noyau rouge.

Méralgie paresthésique bilatérale du fémoro-cutané et du perforant cutané supérieur du crural (nerf musculo-cutané externe) chez une femme enceinte, par MM. *H. Dufour* et *Cottenot*. — Il s'agit d'une primipare, enceinte de sept mois, qui commence à souffrir brusquement au cinquième mois de sa grossesse. Elle ressent des brûlures avec picotements siégeant des deux côtés à la face antéro-externe des cuisses. Il lui semble que ces régions sont comme mortes.

Depuis deux mois, la maladie n'a cessé de progresser ; les douleurs sont continues, exacerbées par la station debout et par la marche, rendant cette dernière à peu près impossible.

Les douleurs sont localisées au territoire de distribution cutanée : *a*) du rameau fémoral ou branche antéro-externe du nerf fémoro-cutané, *b*) du rameau perforant supérieur du musculo-cutané externe (branche du crural).

Les territoires de ces branches nerveuses présentent de l'anesthésie au contact, à la piqûre au froid et au chaud. Il n'existe aucune autre manifestation nerveuse. La cause de cette méralgie paresthésique symétrique réside dans la grossesse, où ce symptôme est exceptionnel.

Nous pensons qu'il doit être attribué à une élongation des nerfs incriminés, du fait du développement de l'utérus, plutôt qu'à une compression, celle-ci ne comportant pas la bilatéralité observée dans ce cas. Le pronostic de cette curieuse affection est éminemment favorable.

M. *Souques* fait remarquer les analogies qui existent à ce point de vue entre l'obésité et la grossesse.

Le signe d'Argyll Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral, par MM. *G. Guillain*, *Rochon-Duvigneaud* et *J. Troisier*. — A la dernière séance de la Société de neurologie, l'un de nous a présenté avec M. Houzel un malade qui, à la suite d'une tentative de suicide, avait une lésion unilatérale du pédoncule cérébral ; cette lésion avait déterminé, entre autres symptômes, un signe d'Argyll Robertson.

Nous amenons aujourd'hui une femme de cinquante-neuf ans, qui, consécutivement à un ramollissement du pédoncule cérébral gauche, présente un syndrome de Weber typique. Or, chez cette malade, on constate

que la pupille gauche est déformée, irrégulièrement circulaire, comme chez les tabétiques; elle se dilate incomplètement quand la lumière baisse et se contracte incomplètement à l'éclairage le plus intense; cette pupille se contracte à fond et tout autant que la pupille droite, dans l'effort de convergence. Cette malade, non plus que le précédent malade, n'est pas syphilitique; le liquide céphalo-rachidien est normal dans les deux cas, sans lymphocytose.

Les auteurs insistent sur ce point que, si le signe d'Argyll est presque toujours fonction de la syphilis, il peut cependant être créé par certaines lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral ou de la région sous-jacente. Il est d'ailleurs vraisemblable que, chez les syphilitiques, les lésions qui déterminent le signe d'Argyll Robertson doivent être recherchées dans la région du pédoncule.

M. *Babinski* fait remarquer que ce fait n'apporte aucune modification aux idées exprimées par lui; il a eu le soin de faire des réserves sur l'existence du signe d'Argyll Robertson dans les paralysies de la III[e] paire.

M. *Guillain* insiste sur ce fait que des observations analogues à la sienne n'ont pas été publiées.

Un cas de nœvus à topographie zoniforme. — MM. *Achard* et *Ramond* présentent un malade atteint de nœvus de la face comprenant la peau, la muqueuse du voile du palais et des gencives, et dont la distribution ressemble à la distribution nerveuse du zona.

M. *Alquier*, après avoir examiné un certain nombre de cas, est arrivé à des conclusions négatives, et ne croit pas à la topographie nerveuse.

M. *Klippel*, dans un cas du nœvus siégeant sur les membres, a trouvé des lésions médullaires.

Troubles trophiques des ongles chez un saturnin. — MM. *Achard* et *Ramond* présentent un saturnin atteint de paralysie saturnine d'un côté, mais qui présente des deux côtés des troubles trophiques des ongles striés en long et divisés par un bourrelet transversal.

Ces modifications existent sur tous les doigts, sauf l'annulaire et le médius.

Fausse sclérose en plaques chez l'enfant. — M. *Sicard* présente un malade de onze ans, chez qui le diagnostic porté par plusieurs neurologistes fut sclérose en plaques. La première fois, l'examen de l'œil montra une atrophie papillaire primitive. Un second examen dénote de la stase papillaire; il y a de la diadococinésie, de la somnolence continue; il faut songer à une tumeur cérébelleuse; cette observation vient à l'appui de l'opinion de M. Pierre Marie, qui n'a jamais observé ce syndrome chez l'enfant.

Méningite syphilitique ou tabes juvénile. — MM. *Raymond* et *Touchard* relatent l'observation d'une petite fille qui, depuis deux ans, a des convulsions, des troubles intellectuels, du strabisme. Elle présente des troubles oculaires, kératite interstitielle, atrophie papillaire; il y a de la

lymphocytose rachidienne, les réflexes tendineux sont abolis. S'agit-il d'un tabes juvénile ou d'une méningite syphilitique héréditaire?

M. *Ballet* pense qu'il y a coexistence des deux.

M. *P. Marie* demande si l'on doit accepter la dénomination de tabes juvénile; pour son compte, il n'en a jamais vu; il y aurait lieu, d'ailleurs, de poser un jour cette question.

Pour M. *Rochon-Duvignaud*, les altérations du fond de l'œil ne sont pas celles du tabes.

M. *Claude* pense que cette malade est atteinte d'un syndrome pseudo-tabétique.

Une autopsie de névrite ascendante. — MM. *Dejerine* et *Thomas*. — Chez un malade présenté antérieurement par M. Aynaud, atteint de névrite ascendante et de tabes concomitant (abolition des réflexes patellaires, signe d'Argyll Robertson), les auteurs ont trouvé à l'autopsie les lésions suivantes : macroscopiquement, coloration grise du nerf médian. Histologiquement, les fibres du pouce et de l'index sont dégénérées; tandis que le cubital est intact, il y a dégénérescence de tous les faisceaux du médian, qui présente des lésions parenchymateuses sans lésions interstitielles; les altérations s'étendent aux VI^e^ et VII^e^ racines rachidiennes et aux ganglions rachidiens, surtout VII^e^ cervicale. Les cellules nerveuses ont disparu; dans la région médullaire correspondant au VII^e^ segment cervical, les cellules ont disparu; les champs radiculaires sont diminués des deux côtés. On constate, en outre, les lésions du tabes incipiens. L'auteur insiste sur ce point qu'il n'y a nulle part réaction inflammatoire manifeste.

M. *Guillain* insiste sur l'importance de cette observation; il rappelle le cas d'un malade atteint d'atrophie du membre supérieur consécutive à un phlegmon qui présenta ensuite une atrophie des muscles du côté opposé. L'observation lui paraît démonstrative et va à l'encontre de l'opinion soutenue par Sicard, qui nie l'existence de cette variété.

M. *Sicard*, dans son rapport, n'a pas été satisfait des observations publiées antérieurement; il croit que, dans ce cas, il y a eu une réaction à distance.

M. *Thomas* fait remarquer que, dans son cas, les lésions sont celles d'une névrite ascendante jusqu'à une certaine hauteur.

M. *Sicard* tient à noter dans ce cas l'absence de réaction interstitielle.

M. *Pierre Marie* croit à la réalité de la névrite ascendante; dans ses recherches sur les amputés, il a eu soin de diviser les cas en deux catégories, ceux où l'amputation a été pratiquée avant l'autopsie, et ceux où elle l'avait été après.

M. *Léri* a trouvé dans les cas de M. Marie, chez certains amputés, un certain degré d'infection au niveau de la méninge, expliquant l'atteinte du côté opposé à l'amputation.

M. *Sicard* a injecté des toxines dans les nerfs et a trouvé des traces de

névrite interstitielle; mais l'ascension ne se fait jamais qu'au bout de quelques centimètres.

M. *Thomas*, dans les nerfs des amputés traités par la méthode de Ramon y Cajal, a constaté un très grand nombre de fibres de régénération, ce que l'on ne voit pas dans la névrite ascendante.

M. *Brissaud* a observé des cas de névrite ascendante démonstratifs; il insiste sur la rapidité de la marche des accidents.

M. *Dejerine* tient à établir que ce cas était un schéma de névrite ascendante avec cicatrice douloureuse et troubles trophiques.

M. *Guillain* rappelle que l'on a pu produire la névrite ascendante par l'injection de divers microbes; mais, en raison de la quantité des résultats négatifs, il se demande s'il n'existe pas dans ces cas de névrite ascendante un agent spécial.

Observations sur les victimes de la catastrophe de Messine. — M. *Babinski* lit une note de M. *V. Néri*, qui, sur deux mille sujets, a trouvé des troubles mentaux transitoires, mais n'a trouvé aucun signe de neurasthénie.

Rétraction du testicule associée à la contracture hystérique du membre inférieur. — MM. *Klippel* et *Pierre Weil* présentent un sujet de trente et un ans atteint de contracture hystérique du membre inférieur droit. Le détail le plus intéressant de cette observation est la constatation d'une rétraction du testicule droit, avec froncement très accentué de la moitié droite du scrotum, rétraction dont l'intensité est proportionnelle à celle de la contracture d'intensité variable du membre inférieur droit. Il s'agit là d'un mouvement qui, échappant normalement à la volonté, à la simulation et à la suggestion, est produit chez le malade à titre de phénomène associé au mouvement volontaire, simulé ou suggéré. Ce mouvement, en effet, ne peut être reproduit à l'état isolé chez le malade, pas plus que chez le sujet normal, et ici même à l'état associé. De telles manifestations ont certainement l'un des caractères de l'hystérie.

Le signe du pouce. — MM. *Klippel* et *Pierre Weil* ont constaté que chez tous les malades atteints d'hémiplégie avec contracture, le *redressement* des quatre derniers doigts de la main provoque un mouvement de *flexion* du pouce dans la paume de la main, chez ces malades même qui, spontanément, ne peuvent pas mobiliser leurs doigts, tant est forte leur paralysie et leur contracture. Ce signe peut aider au diagnostic différentiel entre la contracture organique et la contracture hystérique, car ces auteurs ont remarqué que, chez ces derniers malades, le redressement des quatre derniers doigts provoque au contraire un mouvement de l'extension du premier doigt.

Syndrome indéterminé. — M. *Brissaud* présente un malade atteint d'immobilité, de torpeur, ayant une voix avec articulation spéciale, lisant bien, calculant bien, ayant une intelligence moyenne. La ponction lombaire révèle une lymphocytose légère, des reflexes un peu exagérés, du

tremblement intentionnel. Il tient du parkinsonien, du paralytique général, du pseudo-bulbaire, sans que l'on puisse mettre sur son état une étiquette précise.

Myokimies passagères. — M. *Cruchet* (de Bordeaux) désigne sous ce nom des contractions fibrillaires, localisées, très courtes survenant chez certains sujets à l'état normal ; des sensations analogues correspondent à ces contractions.

Action du radium sur les tissus du névraxe. — Pour MM. *Alquier* et *Faure-Beaulieu*, le radium, appliqué sur le crâne ou le rachis de lapins (3 exp.) aux doses utilisées en thérapeutique, ne détermine d'autres lésions du névraxe, que de minimes hémorragies, sans altérations des élément nerveux, décelables par les méthodes de technique actuelle. A ces lésions ne correspond aucun symptôme clinique.

Corps thyroïde et névralgies. — Dysesthésies thyroïdiennes. — MM. *Léopold Lévi* et *Henri de Rothschild* s'appuient sur sept cas pour démontrer l'influence du corps thyroïde sur les névralgies. Dans un premier cas, une névralgie faciale prémenstruelle, remontant à onze années, chez une rhumatisante chronique, a disparu depuis une année par le traitement thyroïdien. Les névralgies avaient succédé à des migraines menstruelles. Le deuxième cas concerne une névralgie faciale épisodique chez un rhumatisant chronique, le tout amélioré par le corps thyroïde. Le troisième malade, petit rhumatisant chronique, est atteint depuis six ans d'une névralgie faciale, déjà améliorée par dix cachets de poudre thyroïdienne. L'amélioration est continue, lentement progressive. La névralgie sciatique fournit un exemple chez une malade migraineuse. La névralgie durait depuis un an et, depuis six mois, d'une façon continue. Le traitement l'a guérie. Il a réussi également contre une sciatique chez un rhumatisant atteint en même temps d'un œdème dur des fesses. Par contre, il a échoué dans un cas de névrite de la branche du cutané péronier chez une malade améliorée d'autre part de ses migraines.

Le corps thyroïde agit contre les migraines, les névralgies, les troubles névralgiformes, migrainoïdes de l'arthritisme, de la neurasthénie, du rhumatisme. Il y a là un ensemble de troubles qu'on peut appeler *dysesthésies thyroïdiennes*. Le corps thyroïde exerce donc une action sur l'appareil de sensibilité.

La motilité du bras de l'hémiplégique. — M. *Egger* a constaté chez les hémiplégiques que l'élévation du bras, incomplète dans la station debout, se fait normalement dans la position couchée. Ce fait serait dû pour lui à l'augmentation de la contracture des muscles pectoraux et du grand dorsal.

Paralysie volitionnelle du triceps brachial. — M. *Egger* a aussi remarqué que des malades incapables de résister à aucun mouvement de flexion de l'avant-bras peuvent opposer, au contraire, une résistance, quand on leur commande de passer de la position couchée à la position assise,

M. *Achard*, *président*, met aux voix la proposition aussitôt adoptée par la Société de consacrer des séances supplémentaires à l'anatomie pathologique, en raison de l'importance des communications faites sur ce sujet. La première séance aura lieu le 13 mai, à neuf heures et demie, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine.

Paul Sainton.

Société médico-psychologique

SÉANCE DU 29 MARS 1909

La réforme du concours d'adjuvat. — Au début de la séance, un certain nombre de membres présents sont surpris de voir que contrairement à la décision formelle et explicite prise par la Société, le 22 février dernier, la question de la réforme du concours d'adjuvat, qui devait venir en discussion, ne figure pas à l'ordre du jour ; d'aucuns même n'ont pas reçu le rapport préparatoire qui devait être imprimé et distribué avant la présente réunion.

Cette façon de procéder est sévèrement appréciée.

La Société a riposté en ne tenant aucun compte de l'ordre du jour fantaisiste qu'on prétendait lui imposer : elle a immédiatement abordé la discussion du rapport sur la réforme de l'adjuvat et consacré la totalité de la séance à l'élaboration d'un projet sur cette question [1].

Il est à penser que cette leçon sera profitable à qui la méritait si bien et que, désormais, le secrétaire général évitera d'adresser à ses collègues des convocations où l'ordre du jour ne serait pas l'expression rigoureuse et respectueuse des volontés et des résolutions de la Société médico-psychologique.

A. Antheaume.

Société clinique de médecine mentale

SÉANCE DU 15 MARS 1909

Un cas de délire d'interprétation. — M. *Sérieux* présente une malade qui, depuis une quinzaine d'années, est atteinte d'un délire de persécution systématisé, basé exclusivement sur des interprétations erronées. Il n'existe aucun trouble sensoriel. Le délire est alimenté par des erreurs multiples de jugement, par la tendance hypertrophiée à donner une signification personnelle à mille faits insignifiants. La malade voit partout des insinuations, des allusions ; son système délirant repose donc sur la réalité, mais sur la réalité dénaturée et travestie. Malgré la fantaisie de ses fictions, la malade conserve une intelligence assez vive et toute sa lucidité. Il est intéressant de noter qu'elle n'est nullement persécutrice ; ses réactions sont de nature dépressive (idée de suicide, refus d'aliments). Cette obser-

1. Pour tous détails sur le fond de la question, consulter page 117 l'article sur *les Modifications à apporter au concours d'adjuvat.*

vation peut être rangée dans la variété « résignée » du délire d'interprétation.

Un cas de pouls lent permanent avec vertiges comitiaux et troubles mentaux consécutifs. — M. *Vigouroux* montre un malade de quarante-cinq ans, présentant actuellement le syndrome de Stokes-Adams, pouls lent permanent, vertiges épileptiques, athérome artériel, hypoacousie, bourdonnements.

Ce malade, alcoolique chronique, ayant subi un traumatisme cranien important, il y a huit ans, ayant eu une polyurie intense (4 litres par jour avec hypoazoturie, etc., a de plus des troubles mentaux de deux ordres différents : les uns sont consécutifs aux vertiges et ne laissent aucune trace dans le souvenir du malade ; les autres sont de nature mélancolique, conscients et amnésiques.

L'auteur discute le diagnostic du syndrome de Stokes-Adams, car la lenteur du pouls remonterait, d'après le malade, à l'âge de huit ans; tandis que les vertiges et les autres symptômes paraissent beaucoup plus récents et peuvent être mis sur le compte du traumatisme, des intoxications et des auto-intoxications.

Paralysie générale précoce avec hérédo-syphilis. — M. *Trénel* montre une malade, âgée actuellement de trente ans, qui a présenté les premiers symptômes paralytiques vers l'âge de vingt-cinq ans. Cette malade est mal développée et a des malformations craniennes. Mais ce qu'il y a de plus important à noter, ce sont les lésions dentaires. Les incisives présentent des sillons transversaux : leur aspect rappelle absolument les lésions figurées dans l'ouvrage de Fournier sur les stigmates de l'hérédo-syphilis, sillons de Parrot, tout en réservant la possibilité d'une syphilis acquise surajoutée. En raison de l'âge de la malade, il semble plus probable que l'on se trouve ici en présence d'une paralytique générale (sinon d'un syndrome paralytique) d'origine héréditaire.

L'exploration clinique de la sensibilité douloureuse par la pression. — M. *de Clérambault* expose sa méthode :

Certaines douleurs faciles à provoquer peuvent être utilisées en clinique.

1° *Pression unguéale.* — Courber l'extrémité de l'ongle par pression avec la pulpe d'un doigt. Douleur aiguë immédiate, complète d'emblée.

2° *Distension ligamenteuse.* — Avec ou sans pression unguéale, on peut surfléchir la phalangette, de façon à élonger douloureusement ses ligaments articulaires dorsaux.

3° *Pression des interosseux dorsaux*, 2e *et* 3e. — Ramener avec le pouce les fibres musculaires contre la crête latérale externe du deuxième métacarpien.

4° *Pression du premier interosseux palmaire.* — Manœuvre trop délicate pour être indiquée brièvement.

5° *Pression de la crête tibiale interne.* — Cette crête interne est beaucoup plus sensible que l'antérieure. Pression avec les doigts, ou encore

une règle ou planchette appliquée transversalement. La jambe mise en abduction doit reposer par sa face externe sur le dos du lit, ou bien dans la position assise, sur une chaise.

6° *Tendons divers.* — Le maximum de sensibilité des tendons est à leur émergence musculaire, ainsi pour les tendons d'Achille, le grand pectoral, les muscles de la nuque. Pour interroger les tendons d'Achille, l'auteur montre une manœuvre (tranchant du radius).

7° *Pression sous-auriculaire.* — Ces diverses manœuvres servent spécialement à déceler les troubles de la sensibilité chez les paralytiques généraux et les tabétiques. Elles peuvent aider au diagnostic différentiel d'avec tumeur cérébrale, syphilis cérébrale, etc. L'analgésie se montre absolue chez plus de 70 p. 100 des paralytiques généraux, l'hypoalgésie chez les alcooliques chroniques, l'hyperalgésie chez certains aigus. Ces manœuvres demandent du doigté : certaines pourraient être dangereuses pour des os fragiles de paralytiques généraux et de tabétiques. Les sensibilités interrogées sont surtout profondes. Il y aurait lieu de chercher les connexités avec l'anesthésie osseuse au diapason et la diminution de la sensibilité articulaire (notion de position).

Trois cerveaux de paralytiques généraux (un paralytique général infantile, deux paralytiques généraux aphasiques). — M. *A. Marie*, présente les préparations histologiques du paralytique général infantile discuté à l'avant-dernière séance (encéphalite interstitielle, méningite marquée dans les sillons, manchons périvasculaires, diapédèse et cellules altérées, globuleuses, diminuées de nombre et de volume).

Ces préparations obtenues par congélation sont corroborées par celle de M. Vigouroux après inclusion dans la celloïdine.

A ce sujet, M. A. Marie indique sa technique pour la réaction de Wassermann.

M. *A. Marie* présente ensuite des **encéphales de paralytiques généraux** qui offrirent d'une façon persistante, l'un le **syndrome aphasie-apraxie**, l'autre celui de **l'aphasie-agnosie**.

Chez le premier, les lésions corticales diffuses affectaient une prédominance macroscopiquement manifeste dans les zones temporo-frontales; chez le deuxième malade (agnosique), les lésions prédominaient dans la zone de Wernicke et le pli courbe.

René Charpentier.

Société d'hypnologie et de psychologie

SÉANCE DU 16 MARS 1909

L'état actuel de l'instruction publique pour les anormaux d'école. — M. *Baguer* expose les efforts du législateur et de l'initiative privée, en vue de créer des classes spéciales pour enfants anormaux, et il précise le rôle important que doit jouer le médecin dans ces organisations.

M. *Jacques Bertillon.* — C'est dépenser pour des déchets sociaux dont on ne fera jamais rien de bon, beaucoup d'argent, de peine et de dévouement, dont il vaudrait mieux faire profiter les enfants dits normaux, capables d'une utilité sociale.

M. *Baguer.* — On a déjà fait beaucoup pour les enfants normaux et je souhaite avec M. Bertillon que l'on fasse plus encore. Mais je ne parle pas des idiots profonds, des anormaux d'asile ; c'est d'anormaux d'école qu'il s'agit. En somme, les œuvres d'assistance que je réclame doivent s'appliquer à relever ceux qui, étant peu atteints, s'élèvent difficilement et retardent la marche des normaux ; le but est, en somme, de leur apprendre à vivre en société.

M. *Bérillon.* — La question de ces écoles spéciales ne se pose que pour les très grands centres où l'initiative des instituteurs et des professeurs pourrait, sans aucune intervention du législateur, instituer dans les écoles nombreuses, une classe spéciale pour les enfants retardataires ou dont le caractère a besoin d'être adapté à la vie sociale.

M. *Jules Voisin.* — Les conditions sociales actuelles, l'abandon du foyer familial par le père et la mère obligés de travailler au dehors, la difficulté ou la suppression de l'apprentissage pour enfant au-dessous de dix-huit ans, augmentent la délinquance ou la criminalité des enfants qui, désœuvrés, courent les rues et sont livrés aux mauvaises fréquentations ; des écoles spéciales ou des ateliers appropriés donneraient une occupation ou un métier à ces enfants légèrement anormaux, que le médecin sélectionnerait.

L'excitation génitale chez les hyperchlorhydriques. — M. *Pron* d'Alger signale les phénomènes d'excitation génitale qu'il a observés chez les hyperchlorhydriques, à l'occasion non de grandes crises gastriques douloureuses, mais de malaises modérés, survenant à onze heures du matin ou à cinq heures du soir. C'est à la faveur d'un système nerveux particulièrement vulnérable que l'estomac peut amener des troubles psychiques ; pour devenir dyspeptique, il faut qu'antérieurement on possède un système nerveux ayant tendance à se déséquilibrer.

La durée de l'incubation dans la réalisation des suggestions hypnotiques. — M. *Lépinay.* — Si une incubation plus ou moins longue est nécessaire à l'efficacité des suggestions, c'est que celles-ci ont à réveiller, à redresser, à entraîner, à rééduquer des cellules qui fonctionnent mal ; une œuvre si complexe ne peut se réaliser qu'avec le temps.

Un grand suggestionneur allemand. — M. *Witry* (de Trèves-sur-Moselle). — Délivré d'une aphonie émotive par un paysan guérisseur, en 1821, le prince Alexandre de Hohenlohe Schillinge se mit à guérir, par la prière, des contractures, des paralysies, etc. Sa vogue fut considérable et les malades venaient de très loin pour se faire guérir par lui. Il fut un précurseur de la « Christian Science ».

M. *Moret* fait une communication sur la **psychologie du cheval,**

M. *Bérillon* sur le rôle de l'**olfaction dans les relations sexuelles**, M. *Lépinay* sur **l'olfaction chez les animaux**; MM. *Scié Ton-Fa* et M. *Barthe de Sano Fort* donnent des renseignements, le premier sur **l'homo-sexualité en Chine**, et le second sur **l'homosexualité en Extrême-Orient**.

L. PARROT.

ASSISTANCE
ET
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Des modifications à apporter au concours d'adjuvat[1]

(*suite et fin*)

Pour compléter la série des documents de toutes nuances et de tous genres, publiés ici même, sur *la réforme du concours d'adjuvat*, je verse aujourd'hui au débat une dernière réponse à mon enquête de février, ainsi que les travaux et résolutions de la Société médico-psychologique, sur le problème à résoudre.

*
* *

Voici d'abord la correspondance à laquelle je viens de faire allusion :

Bailleul, le 16 février 1909.

MON CHER AMI,

J'approuve, en principe, ton projet de réformes du jury pour l'adjuvat des asiles. Permets-moi, cependant, quelques remarques.

Tout en étant heureux de l'initiative prise à ce sujet, par la Société médico-psychologique, il est permis de se demander si ses membres titulaires, qui, en vertu même des statuts, se recrutent dans un milieu restreint (Paris et sa banlieue), sont bien placés pour exprimer l'opinion des aliénistes de toute la France : d'autant plus que, parmi eux, il n'en est pas deux qui, dans les circonstances actuelles, soient appelés à recruter dans ce concours des collaborateurs (il n'y a qu'un médecin-adjoint dans les asiles de la Seine); d'autant aussi que, dans la commission chargée d'étudier la question, aucune part n'a été faite aux membres correspondants, qui comprennent beaucoup des médecins des asiles de province. La Société médico-psychologique est une société *scientifique* s'occupant, par définition, de psychologie morbide, et ayant même jadis compté dans son sein autant de philosophes que d'aliénistes, et si, quand elle était seule à grouper des médecins des asiles, elle a pu, incidemment, s'occuper de questions d'assistance et d'administration, il n'en saurait plus être ainsi, maintenant que les médecins des asiles publics sont groupés en une association amicale qui a précisément, dans ses attributions, l'étude de ces questions. Je demande donc que ce projet de réformes soit mis à l'ordre du

1. Voir *Informateur*, nos 2 et 3, 1909.

jour à la prochaine réunion de l'association, en août prochain, à Nantes. Un referendum est une bonne chose pour résoudre rapidement une question urgente, mais il ne donne que des avis isolés, et ceux qui ont émis une opinion la modifieraient peut-être après avoir entendu et discuté celle de leurs collègues — et pris connaissance d'arguments auxquels ils ne songeaient pas.

Ceci dit, je pense que le mode actuel de recrutement du jury pour l'adjuvat a, comme tu le dis, « assuré la réussite de ce concours en attirant un grand nombre de candidats pour un nombre limité de places ». Mais il faut avoir le courage de reconnaître que ce succès n'est qu'un trompe-l'œil, puisque cette composition du jury a provoqué la candidature, généralement heureuse, d'un certain nombre de jeunes savants qui n'ont pas l'intention d'accepter un poste dans les asiles publics, une fois reçus, et cela aux dépens de candidats peut-être moins brillants, mais qui avaient les qualités exigibles d'un bon médecin d'asile (et qui, parfois, ne différaient du dernier admis que par quelques dixièmes de points).

Qu'a désiré le ministère de l'intérieur en instituant ce concours? Est-ce « conférer aux lauréats un titre universellement estimé aujourd'hui » et décerner des diplômes aux médecins connaissant le mieux la médecine mentale? Tel n'est pas son rôle, cela regarde le ministère de l'instruction publique qui, par les Facultés de médecine, nomme les chefs de clinique et les agrégés dans toutes les spécialités; et les sociétés savantes sont là pour récompenser les meilleurs travaux scientifiques. — Non, comme un bon patron, le ministère de l'intérieur s'assure, par un concours si les candidats qui veulent entrer à son service possèdent les aptitudes professionnelles exigibles pour leur emploi (et ces aptitudes ne sont pas toutes d'ordre scientifique); et, étant données les conditions spéciales dans lesquelles vivent les aliénés et les garanties à exiger de ceux qui les soignent, il désire que les autres établissements d'aliénés, dont il a la surveillance, n'utilisent, si possible, que des médecins du cadre des asiles publics. Donc, toute disposition favorisant l'admission, à ce concours, de candidats qui ne veulent pas faire leur carrière dans les asiles publics, sera défectueuse.

Nous sommes d'accord au sujet de la présidence par un inspecteur général, délégué par le ministère de l'intérieur, mais ne prenant pas part aux votes, tout au moins dans les épreuves médicales; d'accord également pour la réduction à un des représentants des Facultés de médecine (cette représentation trop importante jusqu'à ce jour ayant contribué à fausser les résultats du concours, pour les motifs énoncés ci-dessus), et sur leur mode de nomination.

Mais, comme la plupart de ces professeurs, agrégés ou chargés de cours spécialisés dans la médecine mentale, sont (ou seront) en même temps médecins en chef des asiles publics d'aliénés, il ne serait pas juste qu'ils puissent faire partie du jury à ce double titre, et leur nom devrait être retranché de la liste des médecins en chef entre lesquels seraient tirés au sort les juges (ils ont déjà, comme professeurs, une chance sur sept d'être juges du concours, alors que les médecins en chef n'en ont qu'une sur quatorze ou seize).

Reste à désigner cinq juges titulaires et un suppléant. Il peut y être pourvu par un tirage au sort entre tous les médecins en chef *des asiles publics d'aliénés*, mais avec des modifications à ton projet.

Je ne suis guère, en effet, partisan de cette distinction entre les asiles de la Seine et les autres; pourquoi cette scission que la plupart d'entre nous réprouvent? *Mathématiquement*, il est possible que les juges soient tous de la

Seine, ou tous de province. Le sort pourrait même désigner en même temps les quatre médecins en chef de Bron avec le professeur de psychiatrie de Lyon, ou les cinq médecins en chef du Nord avec le chargé de cours de médecine mentale à Lille; mais c'est bien improbable dans la pratique.

Autre objection : pour ce concours, destiné exclusivement à recruter des médecins du cadre des asiles publics, pourquoi prendre comme jurés des médecins étrangers à ce cadre et issus de concours spéciaux (quartiers d'hospices de la Seine, Charenton, infirmerie du Dépôt) ?

Je m'empresse de déclarer que leur compétence et leur indépendance sont hors de conteste; mais est-ce une raison suffisante? On pourrait aussi trouver, dans les maisons de santé, ou ailleurs, des aliénistes dont la compétence et l'indépendance sont tout aussi indiscutables, et qui sont l'honneur de la psychiatrie française, l'un membre de l'Académie de médecine; d'autres, membres de la Société médico-psychologique, l'ont même présidée; d'autres, enfin, ont passé le concours de l'adjuvat au titre des asiles publics, et ont ainsi l'estampille administrative et le certificat d'origine; tel ou tel médecin des hôpitaux est un savant aliéniste, sans être officiellement psychiatre : doit-on aussi les proposer comme jurés? Il faut pourtant, pour déterminer les juges de ce concours, un critérium qui ne risque pas d'infliger un traitement différent : des médecins ayant *officiellement* même situation.

Et c'est précisément ce qu'on ferait en admettant comme jurés les médecins de Bicêtre et la Salpêtrière, et pas leurs collègues de province (médecins des quartiers d'hospices). Est-ce parce que nos confrères de Bicêtre et la Salpêtrière, issus d'un concours, offrent à l'administration une garantie d'origine? Mais certains de leurs collègues de province ont été plusieurs années médecins-adjoints des asiles publics (et soit nommés au concours, soit actuellement médecins d'hospices, acceptent pour leurs quartiers d'aliénés des médecins du cadre des asiles publics).

Est-ce parce que nos confrères de Bicêtre et la Salpêtrière « préparent à ce concours de nombreux élèves et de bons candidats »? Mais c'est précisément ce qu'on peut reprocher aux internes des hôpitaux : non de faire concurrence aux internes des asiles (c'est leur droit), mais de se présenter à un concours donnant accès à des places qu'ils n'ont pas l'intention d'accepter, et de fausser ainsi les résultats de ce concours. Faut-il aussi proposer comme jurés, sous le même prétexte, les médecins des deux ou trois asiles privés qui, ces dernières années, ont fait recevoir à l'adjuvat des candidats qui figurent maintenant dans les cadres des asiles publics? Suffit-il d'être répétiteur d'une « boite à bachot » pour être examinateur au baccalauréat?

Mêmes remarques pour Charenton et d'autres encore. Les médecins de Charenton ne font pas partie de notre cadre, et l'administration y nomme qui et comment elle veut (motif invoqué : Charenton n'est pas un asile d'aliénés, mais un établissement national de bienfaisance); pourquoi nos futurs collègues auraient-ils comme juges des confrères que le ministère lui-même ne regarde pas comme des nôtres, et qu'il peut même prendre, comme en 1872, parmi des médecins non aliénistes?

En résumé, à part le représentant du ministère de l'intérieur et celui des facultés de médecine, devraient, seuls, être membres du jury, les médecins *en chef* du cadre *des asiles publics, en activité* : soit qu'ils exercent leurs fonctions dans un asile public, soit qu'ils soient chefs de service dans tout autre établis-

sement d'aliénés qui accepte les médecins des asiles publics avec leur grade, leur classe, leur mode de recrutement, d'avancement et de permutation avec d'autres asiles d'aliénés. Seuls, en effet, ils doivent avoir à juger ceux qui peuvent être appelés à devenir leurs collaborateurs, leurs successeurs. Tel me semble être le vrai critérium, toute personnalité mise à part.

Il ne me semble pas indispensable que les médecins en chef aient trois ans de service dans leur grade, bien qu'à la rigueur des médecins en chef ou des agrégés puissent être plus jeunes que certains candidats (le cas peut précisément se produire cette année, et avec le jury actuel).

Bien à toi,

Dr L. Maupaté.

Cette lettre aborde un certain nombre de points qui méritent de retenir quelques instants l'attention.

Et d'abord que penser de la *question préalable* qui est évoquée, celle de savoir si la Société médico-psychologique a eu tort ou raison d'intervenir au débat?

Je me trouve d'autant plus à l'aise pour donner mon sentiment à ce sujet, que je ne suis pas de ceux qui ont pris l'initiative de saisir la Société, de la réforme de l'adjuvat. Eh bien! malgré que cette affaire ait été soulevée — non sans quelque malice — par certaines personnalités avec qui je ne suis généralement pas d'accord en matière de concours, je n'hésite pas à dire que la Société a bien fait d'aborder de front le problème à résoudre.

Certes, il est assez inattendu de voir la Société médico-psychologique s'occuper de l'adjuvat, quand elle s'est tout à fait désintéressée du concours spécial pour la Seine; sans doute « cette vénérable et discrète personne », victime de traditions antiques et rituelles, a fait preuve d'une regrettable inexpérience, en oubliant de faire entrer dans sa commission d'étude sur l'adjuvat des membres correspondants, c'est-à-dire un élément non parisien; mais, en définitive, en quoi le fait qu'une société savante s'occupe d'une question d'assistance mêlée d'intérêts professionnels est-il illicite, s'il est statutaire, et en quoi peut-il préjudicier aux intérêts individuels des aliénistes et aux intérêts collectifs des sociétés professionnelles d'aliénistes?

La critique serait de mise si la Société médico-psychologique composée d'éléments parisiens se permettait de parler au nom des confrères de province qui n'ont pas participé à ses travaux, mais, dans l'espèce, il ne saurait être question de rien de pareil; d'où il suit qu'il est au moins inutile de se demander avec l'excellent Maupâté si les membres de la Société médico-psychologique « sont bien placés pour exprimer l'opinion des aliénistes de toute la France ».

Si j'ai personnellement accepté de faire partie de la commission d'étude qui a été nommée, si j'ai organisé un referendum pour étendre le domaine des recherches utiles, c'est parce qu'il s'agissait, à mes yeux, d'importants travaux préliminaires destinés à être jugés en dernier ressort par notre grande Association amicale, soit dans l'assemblée annuelle d'août au Congrès de Nantes, soit auparavant en assemblée générale extraordinaire. C'est, du reste, là un point qui va être incessamment tranché par le comité de l'Amicale.

Reste la question de fond abordée par mon correspondant, à propos du projet de réforme de l'adjuvat.

Qu'il me permette de lui soumettre seulement les quelques réflexions suivantes : 1° Au moment où il est si nécessaire entre tous les aliénistes de se sentir les coudes, d'abolir les coteries, de démolir les petites chapelles, au moment où l'administration supérieure cherche à assurer par le concours primordial de l'adjuvat l'unité d'origine, l'unité de recrutement des aliénistes d'asiles, d'hospices, etc., pourquoi vouloir exclure du jury les médecins de Charenton et empêcher d'y siéger ceux de Bicêtre, de la Salpêtrière et du Dépôt? Convient-il donc de maintenir les barrières surannées d'un recrutement particulariste entre les différentes sortes d'aliénistes aujourd'hui existantes, et cela à l'heure précise où le ministère de l'intérieur paye d'exemple[1], en recrutant désormais le corps médical de Charenton parmi les seuls médecins du cadre des asiles publics, issus de l'adjuvat? N'est-ce pas une singulière faute de logique et de tactique, que celle qui consiste à protester sans cesse contre la catégorisation des aliénistes et à s'opposer dans le même temps à toute mesure transitoire, à toute tentative aimable et opportune, susceptible d'amorcer le fusionnement, de combler quelque peu le fossé, et d'aider à faire disparaître — dans l'avenir — cette même catégorisation?

2° Je ne puis davantage m'associer aux griefs que le collègue Maupâté réserve aux aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière, ainsi qu'à leurs élèves des hôpitaux.

Ni les uns ni les autres ne trouvent grâce devant lui; il leur reconnaît volontiers à tous de nombreuses qualités, mais il ne veut à aucun prix des maîtres comme juges, et voit d'un très mauvais œil que les élèves entrent en concurrence avec les internes des asiles au concours de l'adjuvat.

Et pourquoi? Eh bien! côté des maîtres, pour cette raison concluante qu' « il ne suffit pas d'être répétiteur d'une boîte à bachot pour être exa-

1. M. le docteur Marchand vient en effet d'être nommé médecin-adjoint de la maison nationale de Charenton (poste créé).

minateur au baccalauréat » ; côté des élèves, c'est-à-dire des internes des hôpitaux, parce qu'ils « se présentent à un concours donnant accès à des places qu'ils n'ont pas l'intention d'accepter et faussent ainsi les résultats de ce concours ».

Quelque peu sidéré par le coup « de la boîte à bachot », je ne sais comment défendre ces internes des hôpitaux assez audacieux pour élever, sans qu'on les en prie, le niveau du concours et pour en fausser — si heureusement — les résultats.

D'abord, aucun candidat à l'adjuvat, fût-il de Paris ou de Quimper, des hôpitaux ou des asiles, ne doit compte de ses intentions à personne, fût-ce... à l'ami Maupâté. Si, une fois nommé, il n'accepte aucun poste, c'est à l'administration d'exiger une démission à court terme et de combler le vide en titularisant (comme cela se fait au concours de l'Ecole polytechnique) le ou les candidats classés à la suite du dernier reçu de la liste. Faute d'agir ainsi, l'administration se montre imprévoyante ou inhabile, et s'expose à des critiques qu'il serait injuste de reporter sur les lauréats du concours.

Mais, le piquant de l'affaire, c'est que le gros reproche que le collègue Maupâté réserve tout spécialement aux internes des hôpitaux de Paris est matériellement inexact, et qu'il a, de très bonne foi, pris pour une réalité ce qui n'est qu'une légende intéressée, colportée depuis quelque temps déjà par des candidats, navrés de voir progresser le concours de l'adjuvat et désireux d'en éliminer des concurrents redoutables.

Que sont, en effet, devenus les internes des hôpitaux de Paris, reçus au concours de l'adjuvat depuis sa fondation?

De ces six internes, l'un, Roy, est mort prématurément pendant son clinicat de Sainte-Anne, mais non sans avoir occupé un poste d'adjoint; des cinq autres, Mercier, Camus et Cotard, sont médecins-adjoints en activité de service dans des asiles de province; Maillard a été nommé médecin-adjoint de Bicêtre, étant médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier; enfin Barbé, n'a pas encore été pourvu d'un poste par l'administration.

Ceci prouve combien il est téméraire d'adresser aux internes des hôpitaux le reproche de ne pas occuper de poste, surtout quand il est pertinent que plusieurs internes des asiles d'aliénés reçus à l'adjuvat ont refusé d'être placés en province. Va-t-on soutenir que ceux-là faussent les résultats du concours et les frapper d'excommunication majeure?...

***

J'arrive aux travaux sur l'adjuvat de la Société médico-psychologique;

voici, dans son entier le rapport du docteur Colin sur la réforme du concours :

Messieurs, votre Société, dans sa dernière séance, a décidé, à une grosse majorité, de charger une commission composée de MM. Vallon, Briand, Pactet, Antheaume, Colin, rapporteur, d'étudier les réformes qu'il conviendrait d'apporter à la constitution du jury du concours de l'adjuvat.

Ce faisant, elle se conformait à l'esprit et à la lettre des articles 1er et 5 de ses statuts, d'après lesquels la Société a pour but l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale et *l'assistance des aliénés*.

Or, s'il est une question qui soit intimement liée à l'assistance des aliénés, c'est bien certainement celle des médecins chargés de les soigner.

I

Nous ne voulons pas refaire ici l'historique tant de fois reproduit du concours de l'adjuvat.

Institué, après bien des résistances, par l'arrêté du 18 juillet 1888, il était, au début, régional, et comportait autant de régions qu'il y avait de Facultés de l'État. L'arrêté de 1888 subit à plusieurs reprises des modifications de détail ayant trait à la répartition des régions, jusqu'en 1902, où il fut abrogé et remplacé par l'arrêté du 9 mai, qui instituait le concours unique et supprimait, aux chefs de clinique de la Faculté de Paris, la dispense de concourir dont ils avaient bénéficié jusque-là.

Cet arrêté, à quelques modifications près, fut reproduit dans le décret du 1er août 1906, qui règle actuellement les conditions du concours.

Quelles sont, au point de vue du jury de l'adjuvat, les caractéristiques de l'arrêté de 1888 et de l'arrêté de 1902, complété par le décret de 1906?

Arrêté de 1888 (art. 6). — Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région :

1° De trois directeurs-médecins ou médecins en chef de la région;

2° D'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, docteur en médecine, président;

3° D'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région.

Les directeurs-médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury, *seront désignés par voie de tirage au sort*, parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région.

Les médecins de la maison nationale de Charenton, les médecins en chef des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière peuvent, pour la région de Paris, être également appelés *par la voie du sort* à faire partie du jury, concurremment avec les directeurs-médecins et les médecins en chef des asiles publics de cette région[1].

Il sera procédé, en outre, au *tirage au sort* d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs-médecins et médecins en chef ci-dessus désignés.

Arrêté de 1902 et décret de 1906 (art. 3). — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1. Le dernier paragraphe concernant les médecins de Charenton a été ajouté postérieurement.

1° Un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur désigné par le ministre, président;

2° Un professeur ou agrégé choisi par le ministre de l'intérieur sur une liste de trois noms présentés par la Faculté de médecine de Paris;

3° Deux professeurs titulaires de Faculté de médecine de l'État, ou, à défaut, des agrégés ou chargés de cours des maladies mentales en exercice dans les mêmes Facultés;

4° Trois directeurs-médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton, exerçant ces fonctions depuis au moins trois ans;

5° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs-médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'intérieur *sur la proposition* du comité des inspecteurs généraux; les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des Facultés différentes.

Les directeurs-médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des Académies qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours. Cependant, pour l'application de cette dernière règle, il ne sera pas fait état du juré visé au paragraphe 2 du présent article.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs, désigné par le ministre de l'intérieur.

En cas d'absence parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent, et les épreuves continueraient de plein droit avec les membres restants.

Ainsi, tandis que le conseil des inspecteurs généraux en 1888, décide qu'« un professeur de la Faculté ou de l'École préparatoire de médecine, suivant le cas, *pourra* être désigné au lieu et place d'un des médecins des asiles d'aliénés » (voir rapport Bourneville)[1], le comité des inspecteurs généraux, à la date du 10 décembre 1901, supprime le tirage au sort du jury, assure la prépondérance des Facultés en leur réservant trois places, et enfin annule la clause d'après laquelle l'inspecteur général présidant le jury, doit être docteur en médecine.

En même temps, les médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière se voient retranchés du nombre des médecins pouvant faire partie du jury.

Seule la maison nationale de Charenton trouve grâce devant le comité, probablement parce que, dépendant directement et uniquement du ministère de l'intérieur, c'est le seul établissement où les médecins se recrutent sans concours.

On exprimait ainsi un sentiment de méfiance imméritée à l'égard des médecins des asiles en général, et des médecins des asiles de la Seine en particulier. Et cependant, on aurait pu se souvenir des efforts tentés et des résultats obtenus par ces derniers : diminution du nombre des malades confiés à un même médecin, et, par suite, augmentation du nombre des médecins, utilisation effective du médecin-adjoint passé du rôle de figurant à celui de médecin véri-

1. Rapport sur l'organisation d'un concours pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles d'aliénés, au nom d'une commission composée de MM. Bourneville, Donnet et Giraud, 9 mai 1888.

table. Je n'insiste pas ; vous avez tous présents à la mémoire les faits auxquels je fais allusion.

J'hésite, en vérité, à mentionner l'argument invoqué pour justifier le remplacement du tirage au sort par le choix du jury, et d'après lequel on refusait de confier les fonctions de juge d'un concours à des médecins auxquels on laissait la responsabilité de diriger des services importants, et auxquels on permettait de soigner des centaines de malades.

En réalité, il s'agissait de préoccupations d'un ordre bien différent et sur lesquelles on me permettra de ne pas insister. Je me contenterai de vous donner l'énumération des noms des juges qui ont siégé depuis l'arrêté de 1902.

Concours de 1902.

Président : M. Drouineau.

Juges : MM. Mairet, professeur; Régis, professeur; Rémond (de Toulouse), professeur; Anglade, Magnan, Bonnet.

Concours de 1904.

Président : M. Drouineau.

Juges : MM. Joffroy, professeur; Pâris, professeur; Pierret, professeur; Belletrud, Cullerre, Lallemand.

Suppléant : M. Chevalier-Lavaure.

Concours de 1906.

Président : M. Drouineau.

Juges titulaires : MM. Joffroy, professeur; Mairet, professeur; Régis, professeur; Giraud, Dubuisson (de Toulouse), Sizaret.

Juge suppléant : M. Antheaume.

Concours de 1907.

Président : M. Drouineau.

Juge titulaire : MM. Rémond (de Toulouse), professeur; Thoinot, professeur; Pâris (de Nancy), professeur; Vallon, Girma, Pichenot.

M. Chocreaux, suppléant, remplace M. Pichenot, malade.

M. Rémond s'excuse au dernier moment.

Concours de 1908.

Président : M. Drouineau.

Juges titulaires : MM. Mairet, professeur; Régis, professeur; Ballet, professeur; Ramadier, Charon, Sérieux.

M. Viallon remplace M. Ballet empêché.

Concours de 1909.

Président : M. Granier[1].

Juges titulaires : MM. Dupré, professeur agrégé; Lépine, professeur agrégé; Raviart, professeur agrégé; Anglade, Keraval, Mabille.

Suppléant : M. Bourdin.

Vous le voyez, à côté d'un président inamovible, reparaissent toujours les mêmes noms de professeurs, en même temps que les autres juges sont soigneusement triés sur le volet.

1. M. l'inspecteur général Granier n'est pas docteur en médecine.

Cette situation anormale pouvait donner lieu aux suppositions les plus fâcheuses, étant donné surtout que le jury était désigné après la clôture de la liste d'inscription des candidats. Cette façon de procéder, absolument nécessaire dans un concours où le jury est nommé par voie de tirage au sort, devient incompréhensible et sujette à caution lorsque, à côté de quatre juges connus d'avance, les trois derniers sont désignés au choix.

C'est pourquoi la Société médicale des asiles de la Seine mit la question à l'étude.

Un rapport fut rédigé dont vous me permettrez de vous lire quelques passages, car vous reconnaîtrez avec moi, après les avoir entendus, que les arguments sont présentés avec une grande clarté et une logique qui les rend difficiles à réfuter. Ce mémoire est du mois de juillet 1906; il est bon de le rappeler au moment où l'un de nos collègues vient d'organiser un referendum dont les données sont analogues aux conclusions du rapport auquel je fais allusion.

Voici dans quels termes s'exprimait le rapporteur :

« Pour toutes les fonctions confiées, à un titre quelconque, à une collectivité médicale et où le recrutement s'opère par voie de concours, il est de tradition et de règle constante que ce sont les titulaires de ces fonctions, à l'exclusion de tous les autres, qui ont la charge de se prononcer sur les aptitudes professionnelles des candidats aux postes devenus vacants. Qu'il s'agisse du personnel enseignant des Facultés de médecine, ou du personnel médical des hôpitaux, nous voyons toujours le jury appelé à juger les épreuves des candidats à l'agrégation ou au bureau central composé exclusivement, dans le premier cas, de professeurs des Facultés de médecine, dans le second, de médecins des hôpitaux. C'est un hommage rendu à leur compétence professionnelle.

« Or, lorsqu'il s'agit de recruter le personnel médical des asiles d'aliénés, surgit à l'égard des médecins de ces établissements, un exclusivisme qui peut donner prétexte aux interprétations les moins favorables.

« En effet, dans la composition du jury, la place qui leur est assignée se trouve réduite au minimum, alors qu'il est fait appel à toute une catégorie de personnes qui, pour être spécialisées dans l'étude de la pathologie mentale, n'en sont pas moins étrangères au monde médical des asiles publics, n'ont avec les médecins des asiles publics, le plus souvent, au point de vue du concours, aucune communauté d'origine et dont plusieurs ne sont même pas à la tête d'un service d'aliénés. Tel est le cas de quelques professeurs ou chargés de cours, auprès des Facultés ou des écoles de médecine de province, à qui, néanmoins, la place la plus large a été faite dans les jurys de l'adjuvat.

. . . . . .

« Si le concours est annuel et si chaque année on choisit trois professeurs pour faire partie du jury, il sera facile de déterminer d'avance le nom des trois autres professeurs qui seront appelés à siéger au concours prochain. L'inspecteur général délégué à la présidence du jury étant toujours un médecin et les inspecteurs généraux comptant un seul médecin parmi eux, celui-ci siège pour ainsi dire d'une façon inamovible, ce qui porte à quatre sur sept le nombre des juges connus d'avance.

. . . . . .

« Une seconde objection que soulève l'organisation actuelle du concours réside dans le mode de désignation des juges. Ceux-ci sont choisis par le ministre, sur la présentation des inspecteurs généraux dont un seul est médecin. Cette façon de procéder ne nous semble pas offrir, au regard des candidats, toutes les garanties d'impartialité qu'ils ont l'habitude de rencontrer dans les concours similaires. La présentation, puis le choix, implique fatalement, chez celui qui l'effectue, l'existence de raisons déterminantes qui peuvent apparaître aux concurrents comme n'étant pas exclusivement dictées par la plus stricte équité, alors surtout que les juges sont choisis après la clôture de la liste d'inscription des concurrents et à un moment où les noms de ceux-ci sont connus.

« C'est pour obvier à cet inconvénient et ne pas laisser place au moindre soupçon de partialité, que partout, dans les circonstances analogues, le tirage au sort a été substitué au choix. Et un fait qui met bien en lumière l'importance qu'attachent en général les administrations à entourer cette opération des plus grandes garanties de sincérité, c'est que le tirage au sort des juges a lieu en présence d'une commission de plusieurs membres, chargée de veiller à l'accomplissement régulier de cette formalité.

« Il n'existe pas de raison pour refuser aux candidats à l'adjuvat, les avantages moraux qui sont accordés aux concurrents des autres concours, et nous serions presque tentés de dire qu'ils sont en droit de les exiger.

. . . . . .

« Une troisième remarque s'impose : il n'est exigé actuellement des médecins qui peuvent être appelés à faire partie du jury aucune durée minima de temps d'exercice. Ce système présente l'inconvénient grave d'exposer un médecin à devenir le juge d'un compétiteur de la veille — le cas s'est produit — et sans vouloir incriminer en aucune façon l'impartialité du juge qui se trouve dans de telles conditions, il crée une situation pénible, qui peut donner lieu à des critiques non absolument injustifiées et tout au moins difficiles à réfuter.

. . . . . .

« En résumé, la Société médicale des asiles d'aliénés de la Seine propose d'apporter les modifications suivantes au règlement du concours de l'adjuvat.

« Le jury du concours de l'adjuvat se compose de :

« Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur désigné par le ministre;

« Un professeur titulaire ou adjoint d'une Faculté de médecine, tiré au sort parmi les professeurs de médecine mentale des Facultés;

« Cinq médecins en chef tirés au sort parmi les directeurs-médecins, et les médecins en chef des asiles publics départementaux. Ceux-ci devront avoir au moins cinq ans de grade;

« Le tirage au sort du jury a lieu en présence d'un membre de l'administration du ministère de l'intérieur et de deux membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique;

« Le nom des jurés ayant siégé dans un précédent concours ne pourra être remis dans l'urne qu'après un intervalle de trois ans;

« Le concours aura lieu tous les ans au mois de juin;

« Les candidats devront, pour être admis à prendre part au concours de l'adjuvat, justifier d'un stage de trois années révolues d'internat dans un asile

public d'aliénés ou dans un quartier d'hospice, ou de deux années passées en qualité de chef de clinique titulaire dans un service de clinique des maladies mentales d'une Faculté. »

Le rapport de la Société médicale des asiles fut porté au ministère de l'intérieur au commencement de juillet 1906. Il eut pour résultat de faire introduire dans le décret du 1er août :

1° L'augmentation d'une à deux années, de la durée du stage exigé des candidats ;

2° L'obligation d'avoir trois années d'exercice pour pouvoir faire partie du jury ;

3° La possibilité de faire entrer dans le jury un médecin des asiles de la Seine à côté du professeur de la Faculté de Paris. (Fin du paragraphe 3 de l'article 5 du décret de 1906.)

Aujourd'hui, la question se pose de nouveau, et il semble bien que tout le monde soit d'accord sur la nécessité d'une réforme.

La tâche de votre commission s'est trouvée singulièrement simplifiée par l'étude des différents documents dont je viens de vous donner lecture, et c'est pourquoi les membres qui la composent ont accepté à l'unanimité de vous proposer les modifications suivantes à l'état actuel :

Le jury continuera à être présidé par un inspecteur général, mais celui-ci aura seulement une voix consultative, car il ne peut être question dans un concours d'ordre médical d'attribuer une voix délibérative à un juge non médecin, fait qui vient de se produire au dernier concours. Tout au plus pourrait-on lui accorder le droit de voter dans l'épreuve d'administration et de législation.

Pour les autres juges, le principe du tirage au sort a été admis avec représentation proportionnelle pour les asiles de province et pour ceux de la Seine. Le nombre des professeurs est réduit à un seul, choisi dans la Faculté que le sort aura désignée chaque année.

Enfin, un juge suppléant est tiré au sort parmi tous les chefs de service des asiles publics d'aliénés.

Votre commission s'est également préoccupée du mode de lecture des copies et de la façon de juger les épreuves.

Sur le premier point, il lui a semblé que le système de la devise inscrite sur la copie et reproduite sous enveloppe fermée, institué par l'arrêté de 1904, ne donnait pas toutes les garanties d'impartialité désirables, surtout lorsqu'il s'accompagne, — comme c'est le cas — d'un numérotage des places attribuées aux candidats.

Il faut, ou bien que l'anonymat soit rigoureusement respecté, comme cela se fait pour certains examens, ou bien que l'on consente à traiter les candidats à l'adjuvat comme les candidats aux hôpitaux, et qu'on leur permette de lire eux-mêmes leurs copies, ce qui serait infiniment préférable pour des raisons que vous devinez.

Pour la notation des copies, il serait important d'arrêter une règle uniforme et, surtout, d'abandonner le système de la moyenne, qui a prévalu pendant longtemps et auquel les candidats ont donné le nom pittoresque de système du compte-gouttes.

Enfin, il serait à souhaiter que les points de l'épreuve sur titres ne varient pas, d'une année à l'autre, pour le même candidat, et qu'une trop grande impor-

tance ne soit pas attachée à des certificats ou à des diplômes dont la valeur est purement factice et conventionnelle.

Au cours des travaux de votre commission, un de ses membres, M. le docteur Antheaume, a institué auprès des médecins des asiles d'aliénés un referendum portant sur les points suivants :

1° Êtes-vous partisan du *statu quo* dans l'organisation actuelle du jury de l'adjuvat?

2° Si non, êtes-vous partisan de la représentation proportionnelle des chefs de service dans le jury de l'adjuvat?

3° Êtes-vous partisan du tirage au sort des membres du jury?

a) Avec représentation proportionnelle, c'est-à-dire suivant des catégories déterminées?

b) Sans représentation proportionnelle, c'est-à-dire entre tous les chefs de service des asiles de France indistinctement?

4° Êtes-vous d'avis qu'il faille être chef de service depuis trois ans ou plus pour avoir l'aptitude à être juge au concours de l'adjuvat?

5° Êtes-vous partisan du système (que je crois réalisable) proposé dans ma lettre[1]?

a) Sans modification?

b) Avec modification et quelle?

Voici les résultats définitifs qui m'ont été communiqués :

Nombre de médecins consultés, 143, tous en activité de service, chefs de service et adjoints du cadre des asiles publics, des hospices de Bicêtre et la Salpêtrière, de Charenton et de l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police; réponses recueillies, 128, dont 124 suffrages positifs ou négatifs et 4 suffrages non exprimés, les intéressés arguant d'incompétence, d'incapacité de répondre, etc.

Les résultats sont les suivants :

1° Quasi-unanimité, 118 voix contre 6 pour la réforme de l'adjuvat et contre le *statu quo* :

2° Grosse majorité pour l'emploi de la représentation proportionnelle des chefs de service dans le jury de l'adjuvat (105 voix contre 11);

3° Grosse majorité en faveur du tirage au sort du jury, soit avec représentation proportionnelle, c'est-à-dire suivant des catégories déterminées (98 voix), soit sans représentation proportionnelle (15 voix);

---

1. Le système proposé était le suivant : 1 président par désignation administrative; 6 juges titulaires et un suppléant tirés au sort : 3 juges parmi les 62 chefs de service de province, 2 juges tirés l'un parmi les 22 chefs de service de la Seine, l'autre parmi ces 22 chefs de service et les 7 chefs de service de Bicêtre et de la Salpêtrière, les 2 chefs de service de Charenton et le chef de service de l'Infirmerie spéciale; 1 juge-professeur, chargé de cours ou agrégé, spécialisé pour la psychiatrie, représentant la Faculté que le sort aura désignée entre les Facultés de médecine pour avoir un délégué au concours de l'adjuvat; 1 juge suppléant parmi les chefs de service de province.

4° Quasi-unanimité pour que l'aptitude à être juge existe à partir de la nomination comme chef de service (108 voix contre 6), étant donné qu'actuellement on met, en pratique au moins, sept ans à partir de l'adjuvat pour devenir chef de service ;

5° Majorité pour l'emploi du système proposé par M. Antheaume (60 voix pour le système intégral, 47 pour ledit système avec modifications);

6° Proposition de 10 systèmes spéciaux.

Ces résultats, vous le voyez, confirment de la façon la plus éclatante les critiques formulées au cours de ce rapport et que, dès l'année 1906, la Société médicale des asiles avait élevées contre l'organisation du concours.

Il n'y avait plus, dès lors, de divergences possibles, et les membres de votre commission se sont trouvés d'accord pour adopter les conclusions suivantes :

Le jury du concours de l'adjuvat pourrait être ainsi composé :

1 président ayant seulement voix consultative et nommé par désignation administrative,

6 juges titulaires et 1 suppléant tirés au sort parmi les médecins des asiles publics d'aliénés : 3 juges tirés au sort parmi les 62 chefs de service de province; 2 juges tirés au sort, l'un parmi les 22 chefs de service de la Seine, l'autre parmi ces 22 chefs de service de la Seine augmentés des 7 chefs de service de Bicêtre et de la Salpêtrière, des 2 chefs de service de Charenton et du chef de service de l'Infirmerie spéciale; 1 juge, professeur, chargé de cours ou agrégé, spécialisé pour la médecine mentale représentant la Faculté que le sort aura désignée entre les Facultés de médecine pour avoir un délégué au concours de l'adjuvat; 1 juge suppléant tiré au sort parmi tous les chefs de service des asiles publics d'aliénés.

Les médecins en chef des asiles pourront être appelés à être juges sept ans après la date de leur entrée en fonctions en qualité de médecins-adjoints.

Le tirage au sort du jury aura lieu en présence d'un membre de l'administration du ministère de l'intérieur, de deux membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique et de deux candidats.

Le nom des juges ayant siégé dans un précédent concours ne pourra être remis dans l'urne qu'après un intervalle de deux ans.

Ces dernières dispositions nous semblent suffisamment justifiées pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Le règlement des hôpitaux porte que seuls les médecins, *chefs de service et honoraires*, pourront faire partie des jurys. Nous avons pensé qu'il convenait d'introduire une disposition analogue dans le concours de l'adjuvat. Il faut en moyenne six à sept ans dans les hôpitaux pour être pourvu d'un service, après avoir acquis au concours le titre de médecin des hôpitaux. De même, dans les asiles, il faut six à sept ans pour passer du poste de médecin-adjoint à celui de médecin en chef. La moyenne de sept ans, comptée à partir de l'entrée en fonctions en qualité de médecin-adjoint, nous a donc paru équitable et suffisante pour empêcher que, par suite d'un avancement particulièrement rapide, le concurrent d'hier ne devienne le juge d'aujourd'hui.

II

Une deuxième question est venue se greffer sur la réforme du jury de

l'adjuvat. Nous voulons parler du concours auquel sont actuellement soumis les médecins des maisons de santé.

Dans une première circulaire de 1905, M. Monod insistait sur la nécessité de choisir, parmi les candidats ayant passé avec succès le concours de l'adjuvat, les médecins des asiles privés faisant fonctions d'asiles pulics.

Par une extension qui nous paraît injustifiée, des circulaires ministérielles ont astreint à l'obligation du concours les médecins qui désireraient posséder une maison de santé privée, ou y remplir un poste de médecin-directeur ou de médecin-adjoint.

On conçoit que les départements et, par suite, le ministère de l'intérieur qui confient leurs malades, moyennant finances, à des établissements privés faisant fonction d'asiles publics, soient en droit d'exiger que les médecins auxquels ces malades seront envoyés, aient subi des épreuves analogues aux épreuves subies par les médecins des asiles publics ordinaires.

Mais il semble impossible d'admettre, en droit et en fait, que les mêmes épreuves soient imposées au médecins des maisons de santé privées, qui engagent leur propre responsabilité en usant des droits conférés par le diplôme de docteur en médecine.

Pour ceux-ci, votre commission a pensé qu'il suffirait de les soumettre à un examen comportant les épreuves suivantes :

1° Une épreuve écrite : examen d'un malade suivi d'un rapport médico-légal;

2° Deux épreuves orales : une épreuve clinique sur un malade; une épreuve d'administration et de législation.

Cet examen pourrait avoir lieu à la suite du concours de l'adjuvat et devant lê même jury.

Telle a été, Messieurs, l'œuvre de votre commission.

Elle remet au bureau de la Société médico-psychologique, institution universellement connue, déclarée d'utilité publique depuis de longues années, le soin d'intervenir auprès des autorités compétentes pour faire aboutir, si vous l'adoptez, le projet de réforme qui vient de vous être soumis.

Après discussion, la Société médico-psychologique, dans sa séance du 29 mars, a émis les vœux suivants :

I. — Le jury du concours de l'adjuvat devrait être ainsi composé :

Un président ayant seulement voix consultative et nommé par désignation administrative;

7 juges titulaires et 1 suppléant tirés au sort parmi les médecins des asiles publics d'aliénés.

Soit :

4 juges tirés au sort parmi les chefs de service de province;

2 juges tirés au sort, l'un parmi les chefs de service de la Seine, l'autre parmi les chefs de service de la Seine augmentés des chefs de service de Bicêtre et de la Salpêtrière, des chefs de service de Charenton et du chef de service de l'Infirmerie spéciale;

1 juge, professeur, chargé de cours ou agrégé, spécialisé pour la médecine

mentale, représentant la Faculté que le sort aura désignée entre les Facultés de médecine pour avoir un délégué au concours de l'adjuvat;

1 juge suppléant tiré au sort parmi les chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les médecins en chef des asiles pourront être appelés à être juges sept ans après la date de leur entrée en fonctions de médecins-adjoints.

Le tirage au sort du jury aura lieu en présence d'un membre de l'administration du ministère de l'intérieur, de deux membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique et de deux candidats.

Les noms de tous les médecins qualifiés pour faire partie du jury seront mis dans l'urne sous enveloppes cachetées et par catégories.

Immédiatement après le tirage au sort du jury, il est tiré au sort, dans les mêmes conditions que pour les juges ordinaires, une liste de jurés destinés à remplacer les premiers en cas de non-acceptation de leur part ou de récusation. Les enveloppes cachetées contenant les noms des jurés tirés ainsi sont ouvertes au fur et à mesure des besoins et par catégories.

II. — Tout en réservant la question de principe, la Société estime qu'il suffirait de soumettre les médecins des maisons de santé privées à un examen comportant les épreuves suivantes :

1° Une épreuve écrite : examen d'un malade aliéné suivi d'un rapport médico-légal;

2° Deux épreuves orales : une épreuve clinique sur un malade aliéné; une épreuve d'administration et de législation.

Cet examen pourrait avoir lieu à la suite du concours de l'adjuvat et devant le même jury.

***

En résumé, les travaux préparatoires sur la réforme de l'adjuvat sont dans le domaine des desiderata : 1° les résultats donnés par le referendum que l'on sait, et 2° les vœux de la Société médico-psychologique. Je dois ajouter, pour être complet, que des motions similaires ont été votées, et par la Société médicale des asiles de la Seine, et par le comité de l'Association amicale des internes et anciens internes des asiles de la Seine.

La parole est donc désormais à la juridiction supérieure, c'est-à-dire à l'*Amicale des médecins d'établissements publics d'aliénés de France.*

A. Antheaume.

ASILES RÉGIONAUX

PAR

E. DEZWARTE et **J. HAMEL**

Médecin en chef Interne
à l'asile de Maréville

La loi de 1838 avait décidé que dans un délai de dix années après sa promulgation, chaque département serait tenu d'avoir un asile pour hospitaliser ses aliénés. Sur ce point, la loi n'a jamais été obéie.

D'autre part, la proposition de loi de M. P. Dubief, relative au régime des aliénés, déposée au nom de la Commission de la Chambre dans la séance du 23 décembre 1898, dit dans son article 2 :

« Les asiles publics doivent comprendre, *à défaut et dans l'attente d'asiles spéciaux*, des quartiers annexes ou des divisions pour les épileptiques, les alcooliques, les idiots et les crétins. »

Il y a lieu de se demander si la nouvelle loi, qui demande bien plus aux départements que ne leur avait demandé la loi de 1838, serait obéie, alors que celle-ci ne l'a pas été, cette création d'un grand nombre d'asiles nouveaux étant subordonnée à des considérations financières.

Certes, il n'y a pas à douter que ces dispositions nouvelles ne soient des plus heureuses; de récents articles sur l'évolution architecturale des asiles à l'étranger montrent que, en Allemagne notamment, on abandonne de plus en plus la conception de « l'Asile monstre », véritable tour de Babel de l'aliénation mentale, pour tendre à la création d'asiles spécialisés en vue de l'hospitalisation d'un type bien défini de malades. C'est là une réforme qui s'impose, et il est facile de le démontrer. Le point délicat est de concilier l'intérêt de la société et des malades avec les ressources financières départementales.

Nous allons essayer d'expliquer comment il serait possible, à notre avis, de réaliser l'hospitalisation par catégories des aliénés, tout en tenant compte des considérations budgétaires des départements.

*
* *

On a fait souvent le procès des asiles actuels considérés comme de vastes renfermeries où sont rassemblés pêle-mêle les cas les plus différents de l'aliénation mentale, alors que les conditions de traitement, de régime de vie et aussi de régime alimentaire doivent varier suivant l'individualité des malades. L'asile français actuel, qui renferme à la fois des aliénés criminels et des chroniques inoffensifs, est une fondation d'assistance illogique : il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée et un établissement placé dans ces conditions sera nécessairement trop ouvert pour le malade manifestement dangereux, trop fermé au contraire pour le convalescent ou le chronique inoffensif. Des incidents récents (évasion

de malades très dangereux ayant commis un crime presque à la sortie de l'asile) démontrent la vérité de cette assertion.

Envisageons maintenant la question du régime alimentaire :

La loi de 1905 sur l'assistance des vieillards et incurables a judicieusement règle l'alimentation des vieillards, en établissant un régime à prédominance végétarienne et dont la viande est exclue au repas du soir. Voilà déjà une première catégorie.

Pour les épileptiques, il est démontré qu'il est nécessaire d'adopter un régime lacto-végétarien, dans tous les cas hypochloruré. On pourrait dire encore que pour les cachectiques, l'alimentation liquide doit être prédominante avec un régime de viande hachée. Pour les enfants enfin, l'alimentation ne peut pas être la même que pour l'adulte.

Or, l'établissement de ces différents régimes est impossible dans les asiles actuels où l'on ne peut envisager la création de plusieurs cuisines. C'est là une raison de premier ordre pour classer ces divers malades en les répartissant dans des établissements différents.

Voici, à notre avis, comment il pourrait être procédé sans attendre dix années après la promulgation de la loi nouvelle, alors que cette promulgation peut encore se faire longtemps attendre.

Les asiles départementaux actuels restant, bien entendu, la propriété des départements fondateurs, fonctionneraient, au point de vue de l'hospitalisation des malades, en temps qu'asiles régionaux. Ces asiles n'étant donc autres que ceux existant déjà, seraient affectés d'après leur mode de construction, leur situation à proximité d'un centre ou en pleine campagne, à telle ou telle catégorie d'aliénés. C'est ainsi, par exemple, pour fixer les idées, que dans la région de l'Est, Maréville, qui a une culture importante, pourrait être choisi pour devenir la colonie agricole de l'Est. Tel autre asile serait désigné pour devenir l'établissement d'hospitalisation des épileptiques de la même région ; un troisième, préfère parce qu'il est le mieux clos, serait choisi comme asile de sûreté, un quatrième deviendrait l'asile-hospice.

Disons tout de suite que, pratiquement, la réalisation d'un tel classement de malades ne paraît pas offrir, même au point de vue administratif, des difficultés considérables.

Un épileptique, dûment reconnu comme tel, dans le certificat médical d'entrée, pourrait être dirigé directement sur l'asile d'épileptiques de sa région; il en serait de même pour l'aliéné criminel, pour l'aliéné vicieux ou difficile qu'on enverrait à l'asile de sûreté; pour l'enfant arriéré, à propos duquel le diagnostic s'impose, et qui serait dirigé, lui aussi, sur l'asile désigné pour l'hospitalisation de cette catégorie de malades. On peut même envisager encore la possibilité d'envoyer directement dans un asile spécial tout individu reconnu atteint de folie alcoolique; là, dans ce milieu particulier, serait établi le régime abstinent complet, qu'il est impossible de faire suivre aux alcooliques lorsqu'ils sont mélangés aux autres malades.

Il va sans dire qu'un asile destiné hier à recevoir indistinctement toutes les variétés d'aliénés ne sera pas tout de suite approprié d'une façon parfaite à l'hospitalisation des épileptiques ou des criminels, par exemple. Mais qui ne voit d'autre part qu'en poursuivant l'amélioration des constructions d'un asile dans un sens toujours le même, en vue de l'adaptation de l'établissement à l'hospitalisation d'un type bien défini de malades, on arriverait plus vite, et à bien meilleur compte, à un résultat meilleur.

On peut penser encore qu'une telle spécialisation serait utile aux recherches médicales, et qu'un médecin d'asile qui ne verrait plus, par exemple, que des épileptiques, serait amené, par l'observation de malades toujours les mêmes, à des remarques scientifiques capables de donner des résultats. Il n'est pas jusqu'au personnel qui ne serait à bonne école, ayant toujours à faire à une même classe d'aliénés, dont il apprendrait à bien connaître le caractère, et qu'il deviendrait plus apte à bien diriger.

En cas de doute sur l'établissement où devrait être dirigé le malade, celui-ci pourrait toujours être amené à l'asile le plus proche, d'où il partirait éventuellement pour être hospitalisé dans l'établissement auquel ressortirait son cas.

On a vu d'ailleurs plus haut, qu'en pratique, la sélection immédiate n'offrirait pas de difficultés pour plusieurs classes importantes de malades.

Ce programme pourrait comprendre la création d'asiles cliniques, près des centres où existent des Facultés de médecine, et où seraient observés les malades aigus. Le grand avantage du système serait la possibilité d'une application immédiate, l'établissement d'un régime de vie et d'un régime alimentaire, différents suivant les malades de conditions de surveillance très étroite, ou au contraire de liberté très grande suivant l'individualité de l'aliéné.

Au point de vue financier, il est évident que ce projet permettrait de réaliser des économies considérables.

Sans doute, la colonie agricole où l'asile d'épileptiques aurait une main-d'œuvre de malades importante, alors que l'asile de sûreté en serait dépourvu; mais les départements restant, comme c'est le cas de beaucoup, abonnés entre eux, il serait possible, au point de vue administratif, d'arriver à l'établissement de prix de journée différents, dont la moyenne, répartie entre les divers asiles régionaux, ne devrait pas logiquement être supérieure aux prix de journée actuels.

La disparition de l'asile de sûreté de Gaillon a créé un vide, qui n'est pas sans inconvénients au point de vue de la sécurité sociale, étant donnée, comme nous l'avons déjà dit, la possibilité d'évasion, dans les asiles mal clos, d'aliénés dangereux. La réapparition de l'asile de sûreté réclamé depuis si longtemps comblerait une importante lacune.

Même au point de vue de l'encombrement qui existe dans la plupart des asiles actuels, on serait en droit d'espérer des résultats favorables,

sans que pour cela des constructions nouvelles fussent nécessaires. En effet, l'encombrement actuel tient non seulement à l'augmentation numérique des cas de folie, mais aussi à ce que nos asiles ne sont pas spécialisés : s'il existe, par exemple, un quartier de surveillance pouvant contenir 100 malades, et un quartier de travailleurs pouvant en contenir 200, et si, à un moment donné, 120 malades doivent être surveillés, nous aurons 20 malades en trop, alors que cependant 20 lits resteront inoccupés. Il n'en serait plus de même, cela se conçoit, avec le système de spécialisation, la totalité des locaux d'un asile étant disposés en vue de l'hospitalisation d'un type uniforme d'aliénés.

COMMUNIQUÉS

Dix-neuvième Congrès des médecins-aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Nantes, août 1909. — Le dix-neuvième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Nantes, du 2 au 8 août, sous la présidence de M. le docteur Vallon, médecin de l'Asile Sainte-Anne.

Travaux scientifiques. — I. Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Dijon.

a) *Psychiatrie.* — Les fugues en psychiatrie. Rapporteur : M. le docteur Victor Parant fils, de Toulouse.

b) *Neurologie.* — Les chorées chroniques. — Rapporteur : M. le docteur Sainton, de Paris.

c) *Médecine légale.* — Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal. Rapporteurs : MM. les docteurs Granjux, de Paris, et Rayneau, d'Orléans.

II. Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.

III. Visite de l'asile d'aliénés de Nantes.

Conditions. — Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du Congrès les trois rapports, après le Congrès le volume des comptes rendus.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au docteur Ch. Mirallié, secrétaire général, rue Copernic, 11, à Nantes (Loire-Inférieure.)

Le Gérant : G. Delarue.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES CONTEMPORAINS

LE PROFESSEUR RAUZIER
(de Montpellier

L'Informateur
des Aliénistes et Neurologistes

H. DELARUE & Cie, Éditeurs
Paris

4e Année N° 5 25 Mai 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Félix Plaut est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Carlo Besta est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Giovanni Marzo est nommé privatdocent de psychiatrie.

Université de Liverpool. — M. le docteur Robert J. Buchanan, lecteur, est nommé professeur de médecine légale.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Justus Bödeker, privatdocent, a été nommé professeur de psychiatrie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Luigi Tomellini est nommé privatdocent de médecine légale.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement d'avril 1909

M. le docteur Allaman, médecin des asiles publics d'aliénés, en disponibilité, est nommé médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Fains (Meuse), en remplacement du docteur Ricoux, nommé médecin en chef de l'asile de Pontorson (Manche).

M. le docteur Vieux-Pernon est nommé médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Armentières (Nord).

M. le docteur Bécue est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montpellier (Hérault).

M. le docteur Chèze est nommé médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Ylie (Jura).

M. le docteur Albès, médecin adjoint à Montpellier, est promu à la première classe du cadre.

M. le docteur Dupouy, médecin adjoint à Rouen, est promu à la première classe du cadre.

M. le docteur Mézie est nommé médecin adjoint à l'asile de Bailleul.

M. le docteur Rougean, médecin adjoint à l'asile de Pau, est promu à la première classe.

M. le docteur Courbon, médecin adjoint à l'asile de La Charité (Nièvre), est promu à la première classe du cadre.

Distinctions honorifiques

Médailles de bronze de l'Assistance publique. — Mme veuve Rodhain, infirmière à la Maison nationale de Charenton ; M. Rombler, infirmier à la Maison nationale de Charenton ; Mlle Ricle, chef infirmière à la Maison nationale de Charenton ; M. Déchelotte, surveillant en chef à la maison nationale de Charenton.

ENSEIGNEMENT

Hospice de la Salpêtrière

M. Deny, médecin de la Salpêtrière, commencera le dimanche 6 juin, à dix heures du matin, dans son service, la série annuelle de ses leçons de psychiatrie clinique et les continuera chaque dimanche à la même heure jusqu'au 15 juillet.

Hôpital de la Pitié

M. Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, a repris ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 1er mai 1909, à dix heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Les conférences ont lieu dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

Asile de Dury-les-Amiens

M. Charon, directeur médecin de l'établissement, a pris l'heureuse initiative d'enseigner la psychiatrie aux élèves de l'École de médecine d'Amiens. Les leçons ont lieu tous les lundis pendant le semestre d'été, à l'asile de Dury, à trois heures de l'après-midi, et sont suivies de présentations de malades, par le docteur Tissot, médecin adjoint.

NOUVELLES

Académie de médecine

M. le professeur Brissaud a été élu membre de l'Académie de médecine (section de pathologie médicale), en remplacement du regretté professeur Joffroy ; M. Maurice de Fleury a été élu dans la section des académiciens libres.

Un nouveau périodique : « Épilepsia »

Nous attirons l'attention de nos lecteurs, sur l'intérêt qui s'attache à une nouvelle publication, éditée à Amsterdam, chez Scheltema et Holkema, et à Leipzig, chez Johann Ambrosius Barth, sous le titre : *Epilepsia*. Il s'agit d'une revue internationale trimestrielle, consacrée à l'étude, au point de vue pathologique, thérapeutique, social et juridique, de l'épilepsie et des maladies nerveuses de même ordre, revue placée sous le patronage de Betcherew, Binswanger, Hughlings Jackson, Luciani, Obersteiner et F. Raymond, et rédigée par MM. Bruns, Claude, Spratling, Aldren Turner, Donath et Muskens.

Nous souhaitons bon succès à ce nouveau et déjà très intéressant périodique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société suisse de neurologie

La société suisse de neurologie a tenu sa première assemblée générale à Berne, les 13 et 14 mars derniers, sous la présidence du professeur von Monakow. Sur 94 membres inscrits, 64 étaient présents. Après adoption des statuts et règlements de la nouvelle société, le bureau définitif a été ainsi composé après élection :

Président : le professeur von Monakow (de Zurich) ; vice-présidents : le professeur Dubois (de Berne) et le docteur P.-L. Ladame (de Genève) ; secrétaire général : le docteur O. Veraguth (de Zurich) ; membre adjoint : le docteur Bing (de Bâle).

La Société aborde ensuite immédiatement les travaux scientifiques.

SÉANCE DU 13 MARS 1909

L'interprétation biologique en psychopathologie, rapport par *Claparède* (Genève). — Les causes profondes qui gouvernent l'enchaînement des idées ou de l'action réflexe furent peu envisagées jusqu'ici. Les anciens psychologues, pour expliquer l'adaptation de la pensée ou de l'acte aux circonstances du moment, faisaient appel à des entités comme l'âme, la volonté, etc.

L'école associationniste expulsa bien des entités de la psychologie; mais, par la même occasion, elle expulsa le fait même dont elle devait rendre compte : l'adaptation de la pensée ou des actes.

Pour en rendre compte, il faut considérer les phénomènes psychiques dans leur ensemble et les envisager sous *l'angle de la biologie*. Toute l'activité de l'homme et des animaux est déterminée par la *loi de l'intérêt momentané*; cette loi peut être considérée au point de vue du mécanisme physiologique.

Cette loi permet de distinguer les *phénomènes normaux* des *phénomènes anormaux*.

Ces derniers ne sont plus régis par la *loi de l'intérêt momentané*.

C'est aussi de cette façon que l'on peut distinguer la *persuasion* de la *suggestion*. Psycho-physiologiquement, il n'y a pas de différence. Mais biologiquement, il y en a une très grande : tandis que la *persuasion* est un phénomène normal régi par la loi de l'intérêt momentané, la *suggestion* est un phénomène anormal, contraire à notre intérêt.

Autre avantage de l'interprétation biologique : on étudie les phénomènes psycho-physiologiques à la lumière de la théorie de l'évolution, en recherchant ce qu'ils étaient dans les générations passées et même chez les animaux. On saisit mieux ainsi ce qu'ils sont actuellement.

C'est Darwin qui ouvrit cette voie en montrant que les mouvements de l'expression peuvent être considérés comme des rudiments de réaction jadis utiles.

James et Lange complétèrent l'œuvre de Darwin en faisant de l'état psychologique de l'émotion la conscience de ses réactions passées.

Claparède, au congrès des neurologues de 1907, suggéra l'idée que divers troubles de l'hystérie pourraient bien être des réactions de défense exagérées, peut-être des réactions ancestrales reparaissant par suite d'un phénomène de régression.

Janet, dans son livre récent sur les névroses, paraît avoir adopté cette opinion.

De l'influence des fonctions musculaires dans des cas de paralysie et de quelques principes de mécanothérapie, par *Schultess* (Zurich). — *Schultess* expose les règles qui doivent guider le praticien dans l'examen des fonctions des muscles paralysés en faisant exécuter des mouvements actifs au sujet.

Pour appliquer aux déviations articulaires un traitement orthopédique rationnel, il faut acquérir une notion exacte du degré de conservation des différents muscles. Nombreuses projections à l'appui.

Présentation d'un cas de lésion traumatique du lobe frontal, par *O. Veraguth* (Zurich). — Malade observé depuis cinq ans. Perte de substance de l'os frontal droit, position anormale de l'œil droit, amosmie droite, légère parésie des extrémités à gauche, clonus de la main et clonus rotulien gauche; asynergie de la main bien marquée à droite.

État psychique : affectivité normale, association d'idées du type pré-

dicatif, tendance à la répétition. Pas de lacune de l'intelligence, mais pauvreté du stock des idées. On ne nous dit pas s'il en a toujours été ainsi ou si cet état a surgi depuis le traumatisme.

Considérations sur la chirurgie cérébrale, par *Tschudy* (Zurich). — Présentation de malade. Malade de soixante-deux ans, opérée il y a quinze mois pour un sarcome subdural de la région sensitivo-motrice gauche. La malade se porte très bien aujourd'hui. Physique intact. Extrémité supérieure avec restitution complète. Extrémité inférieure, comme dans une hémiplégie, akynésie des fléchisseurs de la jambe. Hypertonie des extenseurs.

Elle a eu, un an après l'opération, une crise prolongée de contractions cloniques dans le bras droit, récidive probable.

Lecture de quelques considérations sur les progrès réalisés dans la technique opératoire de la chirurgie cérébrale, en particulier pour ce qui concerne les tumeurs.

SÉANCE DU 14 MARS 1909

Nouveaux aperçus sur la question des localisations, par *von Monakow* (Zurich). — Voir le compte rendu analytique publié par l'Encéphale, du 10 mai 1909.

Amiotrophie myélopathique post-traumatique, par *P.-L. Ladame* (Genève). — On peut diviser les amyotrophies spinales chroniques en trois groupes :

1° L'atrophie musculaire progressive d'Aran-Duchêne ;

2° La poliomyélite antérieure chronique ;

3° La sclérose latérale amyotrophique.

Il y a de nombreux cas intermédiaires.

L'auteur cite un cas qu'il observe depuis près de trois ans.

Pendant un an, il fut impossible de faire le diagnostic, les symptômes restant localisés aux membres inférieurs ; peu à peu, les symptômes apparurent aux extrémités supérieures et le diagnostic s'imposa.

Le traumatisme est, dans ce cas, la cause de l'affection, il s'y ajouta du surmenage musculaire. Ceci est une confirmation de la « théorie de l'usure » d'Edinger (*Aufbrauchtheorie*).

Altérations musculaires d'origine alcoolique, par *Bing* (Bâle). — *Bing* distingue d'abord les *syndromes musculaires* proprement dits des *syndromes* relevant d'une altération des *éléments nerveux*, c'est-à-dire la *polymyosite* alcoolique de la *polynévrite* alcoolique. La démonstration est appuyée par des photogrammes et des planches provenant d'un cas que l'auteur a autopsié et étudié à fond.

Du sentiment dans ses rapports avec la volonté, par *Dürr* (Berne). — L'auteur pose en principe que « plaisir » et « déplaisir » peuvent l'un et l'autre exercer soit une action stimulante, soit une action paralysante.

Un fait de conscience à caractère effectif revêt, par cela même, une intensité particulière, ce qui est favorable à l'activité volontaire, si le point de départ de cette dernière est ce fait de conscience lui-même.

Mais ce ton affectif est défavorable à cette activité, si elle a pour point de départ un autre fait de conscience.

Examinant ensuite les inhibitions psychiques, l'auteur les divise en trois groupes :

1° Les inhibitions dues à des reproductions ou à des associations, lorsqu'un mobile provoque des directions associatives multiples.

2° Les inhibitions dues à une annulation de l'énergie psychique d'un mobile par un autre.

3° Les inhibitions dues à la neutralisation des effets de deux mobiles antagonistes.

Selon Dürr les inhibitions suffisent pour expliquer tous les relâchements dans l'activité volontaire et rendent inutile l'hypothèse d'une action inhibitrice des sentiments de plaisir ou de déplaisir.

Observations relatives à la méningite cérébro-spinale épidémique, par *H. de Wiss* (Zurich). — Documenté de vingt-deux cas observés pendant ces quatorze derniers mois, l'auteur conclut :

Seul l'examen bactériologique du liquide cérébro-spinal assure le diagnostic. Tous les signes cliniques sont très variables. La mortalité a été de 42 p. 100.

Les ponctions lombaires répétées tous les deux jours avec injection de grandes quantités de sérum artificiel ont donné à l'auteur des résultats éclatants. Par contre, il ne saurait s'associer à la recommandation officielle dont le sérum méningococcique est l'objet.

Considérations sur la nature de l'hystérie, par *Schnyder* (Berne). — La nature psychique de l'hystérie ne rencontre plus guère de contradicteurs aujourd'hui.

Il est nécessaire de restreindre et de préciser le domaine attribué à l'hystérie.

Ce sont les conclusions auxquelles on arrive après les discussions et les études récentes sur l'hystérie.

Pour Schnyder, il y a hystérie lorsqu'un individu (possédant cette infériorité mentale qui est à la base de toutes les psycho-névroses, placé en face de circonstances qui troublent profondément sa conscience morale, avec un ton affectif pénible) réagit à ces circonstances par une transformation de sa personnalité. Cette transformation est, pour cet individu, l'équivalent d'une adaptation qu'il n'est pas capable d'effectuer par des moyens normaux.

Schnyder voudrait qu'on réservât ce terme d'*hystérie* aux états psycho-pathologiques chez lesquels on peut reconnaître une modification de la mentalité dans le sens d'un rétrécissement ou d'une dissociation du champ de la conscience.

Un cas de phobie guéri par la psychothérapie, par *Dubois* (Berne). — Lecture de l'observation d'une malade qui fut, durant douze ans, sous le coup de la phobie du vert-de-gris ; elle consulta enfin l'auteur, qui com-

battit sa phobie par la dialectique et guérit la malade. Cette dernière eut alors la peur de vivre et fit quelques tentatives de suicide; nouvelle attaque par la dialectique et, en quelques semaines, guérison, qui dure depuis plus d'un an.

P. Ch. Ladame.

Société de neurologie de Paris

SÉANCE DU 6 MAI

Méningite ambulatoire cérébro-spinale bactérienne. — MM. *Brissaud* et *Sicard* présentent un malade dont le liquide céphalo-rachidien a été infecté secondairement à la suite de la résection du ganglion de Gasser pour une névralgie faciale néoplasique. Ce liquide est très riche en polynucléaires et en bactéries colibacillaires et staphylococciques. Or, ce malade ne présente aucun signe clinique apparent de réaction méningitique, à part un léger degré du signe de Kernig, et il continue à vivre d'une vie à peu près normale. C'est à juste titre que l'on peut donner à de tels cas l'étiquette de méningites bactériennes ambulatoires.

M. *Leri* a publié, il y a quelques années, l'observation d'un malade qui présentait depuis trois mois une méningite séro-purulente ambulatoire à staphylocoques, dont le seul signe apparent avait été une paralysie oculaire. On pouvait faire remonter le début de la méningite à une lésion auriculaire; le malade survécut huit mois avec du pus dans les méninges.

M. *Achard* a vu des péritonites bactériennes ambulatoires (à polynucléaires et à colibacilles) à la suite d'infection du liquide d'ascite par la ponction chez des cirrhotiques.

Diagnostic de l'anesthésie hystérique par l'exploration au diapason. — M. *Tinel* note qu'un diapason ordinaire appliqué sur une surface osseuse détermine deux sensations différentes qui peuvent être dissociées par des diapasons spéciaux : l'une est une impression vibratoire de frémissement, c'est la sensibilité osseuse; l'autre est une sensation sonore due à la transmission osseuse des ondes sonores jusqu'au labyrinthe, c'est un fait purement physique d'audition solidienne.

Dans les anesthésies organiques, la sensation vibratoire seule peut être diminuée ou abolie, la transmission sonore est toujours conservée. Elle n'est diminuée parfois que par le fait de l'hypotonie et du défaut de contact des surfaces articulaires, mais il suffit alors de rétablir le contact par une pression suivant l'axe du membre pour la faire disparaître.

Dans les anesthésies hystériques ou simulées seulement, la transmission sonore par voie osseuse peut être abolie en même temps que la disparition de la sensibilité vibratoire : cette disparition de la transmission sonore osseuse, quand les appareils articulaires et osseux sont intacts, est, en effet, un fait psychique.

Signes d'affection organique du système nerveux dans la chorée de Sydenham. — MM. *André-Thomas* et *Tinel* présentent un enfant de

treize ans atteint de chorée de Sydenham prédominante à droite. Or, de ce côté droit, on constate différents signes de lésion organique du système nerveux qu'on ne retrouve nullement à gauche, tels le signe de Babinski, le signe de Schæfer, le signe d'Oppenheim, la flexion combinée de la cuisse sur le bassin; la main droite, préalablement mise en supination, se met aussitôt en pronation quand on l'abandonne à elle-même; les mouvements associés sont plus forts dans la main droite par occlusion énergique de la main gauche qu'inversement. De plus, la ponction lombaire révèle une lymphocytose discrète du liquide céphalo-rachidien.

Tout cet ensemble de signes démontre que, dans ce cas, la chorée doit être rapportée à une lésion organique du système nerveux central.

M. *Sicard* n'a constaté, avec M. Babonneix, que trois fois une lymphocytose discrète sur dix-huit cas de chorée infantile.

Tabes fruste avec arthropathie du genou. — MM. *Achard* et *Foix* présentent des malades porteurs d'une arthropathie tabétique typique chez qui le tabes est uniquement caractérisé par de la lymphocytose céphalo-rachidienne et par l'abolition des réflexes achilléens. Il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson, les réflexes rotuliens sont conservés, peut-être une esquisse de Romberg, pas de signes viscéraux, douloureux ou autres. Il s'agit bien du tabes et non de méningite spécifique, car l'arthropathie et l'abolition des réflexes achilléens appartiennent essentiellement à la série tabétique. Les signes de radiculo-méningite sont, au contraire, réduits à leur strict minimum.

M. *Sicard* se demande quel est le minimum de symptômes nécessaires et suffisants pour que l'on puisse porter le diagnostic de tabes.

M. *Babinski* pense que parfois des arthropathies dites tabétiques sont en réalité dues à l'influence directe de la syphilis et non à une lésion du système nerveux : il s'agissait d'arthropathies syphilitiques et non d'arthropathies tabétiques. D'ailleurs, le traitement antisyphilitique aurait sur certaines de ces arthropathies une influence plus favorable que sur les différents signes du tabes.

M. *Pierre Marie* croit au contraire que les arthropathies sont bien réellement un symptôme de tabes ; on ne les observe pas chez des syphilitiques non porteurs d'altérations tabétiques du système nerveux. La soi-disant arthropathie tabétique est d'ailleurs beaucoup plus une ostéopathie qu'une arthropathie, il s'agit surtout des lésions trophiques des os.

M. *Dejerine* et M. *G. Ballet*, partagent l'opinion de M. Pierre Marie.

M. *Raymond* a rencontré des arthropathies syphilitiques, différentes des arthropathies tabétiques ordinaires, chez des tabétiques avérés.

M. *Claude* rappelle l'influence favorisante à longue échéance d'un traumatisme antérieur sur la détermination des arthropathies.

M. *Thomas* pense que l'arthropathie est peut-être plus fréquente qu'on ne croit et que certaines hypothèses musculaires indiquent plutôt une lésion ostéo-arthropathique.

Sur l'origine des paralysies du spinal dans le tabes. Lésion centrale, bulbo-médullaire probable, simulant une paralysie associée du spinal, de l'hypoglosse et de la zone radiculaire supérieure du plexus brachial. — MM. *A. Léri* et *Boudet* rappellent que les paralysies du spinal dans le tabes, toujours à la fois incomplètes, dissociées et associées à des paralysies des nerfs voisins, ont été considérées par Mlle Addakoff et par M. Leri comme étant probablement d'origine radiculaire. Un cas récent de MM. Souques et Chené, où la paralysie du spinal, du trijumeau et de l'hypoglosse était associée à une paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial, semblait tout à fait confirmatif de cette théorie.

Le tabétique présenté par MM. Léri et Boudet semble aussi, à première vue, entièrement confirmatif. Il y a, en effet, avec une paralysie du spinal et de l'hypoglosse, un syndrome presque complet de paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial. Mais le début a été brusque, par ictus sans perte de connaissance, sous la forme d'une hémiplégie complète, totale et flasque, avec troubles passagers de la parole, d'origine sans doute bulbaire, qui pouvaient faire penser à de l'aphasie.

Actuellement, l'hémiplégie subsiste au membre inférieur; au membre supérieur, elle a rétrocédé, après quelques mois, dans le domaine radiculaire inférieur. Il s'agit donc très probablement d'une lésion portant sur les noyaux bulbo-cervicaux des derniers nerfs craniens et des premiers nerfs rachidiens.

Même en l'absence actuelle d'autopsie, il est donc difficile d'adopter une théorie pathogénique unique pour les paralysies du spinal dans le tabes.

Un cas de syringomyélie traité par le radium. — M. *Touchard* et Mme *Fabre*, encouragés par les résultats obtenus par MM. Lhermitte et Beaujard dans le traitement de la syringomyélie par les rayons X, ont essayé le traitement de cette affection par les rayons du radium, qui semblent plus pénétrants.

Ils ont employé un appareil à disque cylindrique à sels collés, d'une activité de 500000, d'une dimension de 4 cm^3, avec écran de nickel ne laissant passer que les rayons les plus pénétrants.

Ils ont constaté simultanément, dès les premières séances, une plus grande souplesse de tous les mouvements, la réapparition des mouvements auparavant impossibles, l'amélioration des troubles cutanés; plus tard est survenue une modification des troubles de la sensibilité thermique, caractérisée par une disparition des zones d'hypoesthésie, mais sans diminution des zones d'anesthésie.

Un cas de sciatique traité par le radium. — M. *Touchard* et Mme *Fabre* ont traité par le radium une sciatique récidivante chez une femme de quarante-sept ans. Une première crise, survenue trois ans auparavant, avait été guérie en trois semaines.

La seconde crise datait de deux mois; elle avait résisté à tous les analgésiques habituels; une seule application de radium, durant une

heure, au niveau de l'émergence des racines sacrées, amena une amélioration considérable. Une récidive se produisit quinze jours plus tard, mais moins violente : deux applications de radium sur le trajet du tronc du nerf sciatique restèrent sans résultat.

Mouvements d'élévation de la paupière supérieure, associés aux mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure. — M. *Souques* communique, à titre de curiosité pathologique, le cas d'un homme de cinquante ans, présentant un très léger ptosis congénital gauche, chez lequel l'abaissement de la mâchoire inférieure (ouverture large de la bouche, mastication) détermine une élévation synchrone de la paupière supérieure gauche. La paupière s'abaisse et reprend sa position primitive au fur et à mesure que la mâchoire s'élève et que la bouche se ferme. Il s'agit là d'un mouvement associé qui date de la naissance.

Les faits de ce genre, dont on trouve quelques exemples dans la littérature médicale, sont aussi rares que curieux. Leur interprétation est encore obscure. On admet qu'il faut chercher l'explication de ce phénomène dans une anomalie d'innervation : le filet nerveux du releveur palpébral viendrait, dans ces cas anormaux, non du noyau du moteur oculaire commun, mais bien du noyau moteur du trijumeau. C'est là une hypothèse satisfaisante pour la majorité des cas.

M. *Dejerine* a rapporté, avec MM. Roussy et Gauckler, un cas dans lequel il y avait une atrophie du noyau de la III^e^ paire.

Sur les troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen. — MM. *Brissaud* et *Bauer* insistent sur deux troubles moteurs élémentaires qui, au point de vue clinique, donnèrent dans la maladie de Thomsen : 1° la lenteur de la décontraction musculaire ; 2° la contraction synergique des antagonistes.

L'analyse de ces phénomènes morbides permet de mieux saisir le mécanisme de l'ensemble des troubles moteurs qui caractérisent la maladie.

Maladie de Gilles de la Tourette et paralysie générale. — M. *Marchand* rapporte l'histoire d'un sujet qui avait eu dans son enfance de grands tics convulsifs avec coprolalie. Ces phénomènes s'atténuèrent vers l'âge de douze ans, et avaient presque disparu à vingt et un ans. A vingt-trois ans, il contracta la syphilis ; à trente-quatre ans, il eut une première attaque épileptiforme ; d'autres attaques suivirent, puis bientôt survinrent tous les signes d'une paralysie générale qui nécessita l'internement. Les tics reparurent alors avec écholalie et coprolalie et s'accentuèrent rapidement jusqu'à la mort.

Cette réapparition des tics sous l'influence de la méningo-encéphalite diffuse est sans doute due à la destruction des fibres tangentielles de l'écorce, réalisant chez le malade une condition anatomique semblable à celle de son enfance, où les voies d'association de l'écorce et des centres infra-corticaux auraient été arrêtées dans leur développement : c'est en

effet à cet arrêt de développement que Henry Meige attribue les tics, si fréquents chez les idiots. A. Léri.

Rapport entre les mouvements associés spasmodiques et les réflexes tendineux. — M. *Noïca* a constaté que, à la suite des lésions du faisceau pyramidal, des mouvements associés spasmodiques se produisent dans les membres paralysés, en même temps que les réflexes tendineux y deviennent très exagérés. Il n'y a exception que quand d'autres lésions s'opposent soit à la production des mouvements associés, soit à celle des réflexes tendineux. Ainsi, dans trois cas, des hémiplégiques présentaient une exagération des réflexes tendineux sans mouvements associés spasmodiques, parce que l'hémiplégie se compliquait d'atrophie musculaire. Inversement, dans des cas de maladie de Friedreich, il y avait des mouvements associés spasmodiques sans réflexes tendineux à cause de la double lésion médullaire.

Sur la contracture « type en extension » du membre supérieur. — M. *Noïca* présente une malade atteinte d'hémiplégie droite, d'origine spécifique, avec contracture de la main seule. Chez cette malade, les mouvements spasmodiques associés se produisent non en flexion, comme c'est la règle, mais en extension ; le membre supérieur prend l'attitude classique de la contracture des extensions.

A. Léri.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 13 MAI 1909

(Consacrée à l'anatomie pathologique.)

État des racines antérieures dans quelques cas de tabes amyotrophique. — M. *Thomas* a étudié par la méthode de Ramon y Cajal, plusieurs cas de tabes avec atrophie musculaire ; dans deux cas, à l'examen de ganglions et de racines pris dans différentes régions, il a constaté la présence de fibrilles jeunes réunies dans la même gaine ; il a pu vérifier que ces fibrilles de nouvelle formation étaient l'indice d'un processus de restauration du cylindre-axe ; en d'autres points, il y a hypertrophie du cylindre-axe. Ces lésions sont purement parenchymateuses, elles ne s'accompagnent pas de lésions interstitielles. Ces faits sont à rapprocher des constatations faites par Nageotte sur la régénération des fibres nerveuses.

Dans un autre cas, il existait dans les gaines une véritable névrite hypertrophique péritubulaire, absolument comparable à celle que MM. Dejerine et Thomas ont décrite dans la névrite interstitielle hypertrophique.

Sur les localisations médullaires spinales. — M. et Mme *Dejerine* montrent des coupes et dessins de la moelle cervicale dans un cas de désarticulation scapulo-humérale droite, pratiquée à l'âge de quatre ans pour une brûlure grave, chez un homme vigoureux, ayant exercé la profession de maquignon et mort à l'âge de quarante-huit ans, d'un cancer du foie. La topographie de l'atrophie cellulaire, reportée sur une projec-

tion longitudinale des colonnes cellulaires du renflement cervical, ne se superpose nullement dans ce cas à la topographie des localisations motrices spinales publiées au cours de ces quinze dernières années et basées sur la chromatolyse cellulaire, consécutive aux ablations expérimentales ou pathologiques *récentes* d'un membre, d'un segment de membre, d'un ou plusieurs groupes musculaires, ou d'un segment de nerf.

Les centres présumés de l'avant-bras et de la main au niveau de CVIII et DI sont remarquablement riches en cellules ; il en est de même des centres dits du biceps et du triceps, tandis que l'atrophie cellulaire est très accusée au niveau des centres présumés du brachial antérieur, du deltoïde, des muscles sus et sous-épineux et du muscle sous-scapulaire. Dans ce cas, la conservation des cellules radiculaires du segment inférieur du renflement cervical semble paradoxale, car nous savons que ces cellules donnent naissance aux deux racines inférieures du plexus brachial, alimentent le nerf cubital et le médian, président à l'innervation de la plupart des muscles de la main et qu'elles se trouvent atrophiées dans la syringomyélie, la poliomyélite antérieure aiguë, en particulier dans les formes où l'atrophie est localisée à l'éminence thénar (cas de Prévost et David).

Les auteurs se demandent si le degré de prolifération des fibres nerveuses au niveau des névromes terminaux des amputés ne joue pas le rôle prédominant dans cette conservation cellulaire : les cellules résistant d'autant mieux aux processus de désintégration et conservant d'autant mieux, non pas leur aptitude fonctionnelle, puisque le membre est absent, mais leur volume, leur aspect, leur rôle trophique, que le processus de restauration est plus actif, que les cylindres-axes prolifèrent davantage et que sont plus nombreuses les volutes qu'ils décrivent dans les névromes terminaux des amputés.

Ce cas montre que les moelles d'amputés anciens — même lorsque l'amputation remonte aux premiers âges de la vie et lorsque la survie est longue — ne constituent pas un matériel favorable pour élucider la question des localisations motrices spinales, même lorsqu'il s'agit de localiser dans la moelle un segment de membre aussi spécialisé dans ses fonctions et son innervation que la main.

Autopsie d'un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial. — L'autopsie a eu lieu trente-six jours après l'accident. Il y avait arrachement des VI^e^, VII^e^, VIII^e^ cervicales et de la I^re^ dorsale. Dans les ganglions rachidiens, on a constaté de la chromatolyse des cellules, les racines postérieures étaient sclérosées et dégénérées, il y avait désintégration de la corne postérieure. Le fait intéressant est que la dégénérescence très marquée au niveau du cordon de Burdach, a pu être suivie jusqu'au niveau des olives et même au delà jusqu'au vermis.

Un cas de myasthénie grave d'Erb-Goldflam avec autopsie. — MM. *Lai-*

gnel-Lavastine et *Boudon* présentent l'observation clinique et anatomo-pathologique d'une malade du service de M. Gilbert Ballet.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans chez qui les premiers signes de la myasthénie remontaient à deux ans avant son entrée à l'hôpital.

L'affection avait débuté par des troubles oculaires, comme c'est la règle, puis avait gagné les membres inférieurs, les muscles du cou, ceux de la déglutition, de la phonation, et enfin les muscles respiratoires, déterminant ainsi une série de symptômes moteurs variables d'un jour à l'autre. La malade succomba peu après son entrée dans le service, dans une crise d'étouffement.

L'autopsie montra la persistance du thymus dont le poids était de 36 grammes. Le corps thyroïde était volumineux et pesait 50 grammes.

Au point de vue histologique, le cerveau, le bulbe, la moelle, les nerfs périphériques furent trouvés absolument normaux. Les muscles présentaient une infiltration diffuse interfasciculaire de lymphocytes et de mastzellen; la plupart des fibres étaient normales : quelques-unes cependant présentaient des lésions de régression plasmodiale, de métamorphose fibreuse ou de dégénérescence graisseuse. Le thymus présentait les caractères du thymus normal. Des glandes à sécrétion interne, seules l'hypophyse et le corps thyroïde présentaient des modifications : l'hypophyse, congestionné, paraissait en hyperfonctionnement. Quant au corps thyroïde, ses vésicules, plus petites que normalement, étaient remplies de cellules, et un grand nombre de vésicules étaient en voie de division : il était donc le siège d'une hyperplasie considérable.

M. *Thomas*, dans un cas, avait trouvé les muscles remplis par de grosses boules de graisse. En était-il ainsi dans celui des auteurs?

M. *Ballet*. Les muscles examinés ont été les muscles du pharynx; ce ne sont peut-être pas les muscles les plus atteints; mais les conditions de l'autopsie ont été telles qu'elles n'ont pas permis l'examen d'autres muscles.

Autopsie d'un nouveau cas de sclérose latérale amyotrophique. — MM. *Roussy* et *Rossi* présentent la série des coupes d'un nouveau cas de *sclérose latérale amyotrophique* avec dégénérescence de la voie pyramidale suivie au Marchi de la moelle jusqu'au cortex, identique en tous points aux trois précédents publiés par les auteurs; il vient ainsi confirmer leur manière de voir dans la discussion de la question des localisations motrices corticales. Ce cas apporte aussi un nouvel appui à la doctrine qui, à la suite des travaux de Grunbaum et Sherrington (1901), tend à limiter la zone motrice, en avant de la scissure de Rolando, dans la frontale ascendante.

Comme pour leurs cas précédents, et tout en admettant que la frontale ascendante est la circonvolution motrice par excellence, les auteurs font quelques réserves en faveur d'une participation très minime de la pariétale ascendante à la zone motrice.

Lésion de l'étage antérieur de la protubérance. — M. *Jumentié* présente un cas de lésion de l'étage antérieur protubérantiel ayant amené une destruction complète de la pyramide; la dégénérescence a une forme intéressante, étant donné qu'elle pénètre en coin de la région interolivaire et pourrait faire penser à une dégénérescence du Reil, jointe à une dégénérescence pyramidale. Les coupes sériées permettent de montrer qu'il s'agit de fibres aberrantes pédonculaires. Ce cas est, du reste, très riche en fibres aberrantes et vient à l'appui des faits démontrés par M. et Mme Dejerine à la suite d'étude au Marchi. Ici, le Pal a permis de suivre ces fascicules aberrants et de constater que, détachés de la voie pyramidale, ils y rentrent pour participer à la décussation.

Les lésions radiculaires dans les méningites, par *J. Tinel*. — Dans toutes les méningites, syphilitiques, tuberculeuses, cérébro-spinales, etc., il existe une accumulation considérable de leucocytes dans la gaine arachnoïdienne, qui, en communication avec les espaces sous-arachnoïdiens, accompagne, en dehors de la dure-mère, le nerf radiculaire de Nageotte.

Cette accumulation s'accuse surtout dans les culs-de-sac terminaux de cette gaine arachnoïdienne.

Il existe à ce niveau de véritables amas leucocytaires, entourant en manchon les racines nerveuses, s'infiltrant entre les faisceaux de la racine postérieure et recouvrant même parfois dans la région lombaire le pôle supérieur du ganglion.

Ces amas leucocytaires ne sont pas une réaction inflammatoire localisée. Ils résultent de l'accumulation des éléments figurés du liquide céphalo-rachidien qui se décantent, en quelque sorte, dans les petites citernes arachnoïdiennes qui forment les gaines des racines lombaires. Ils y sont également accumulés par la circulation du liquide céphalo-rachidien qui s'écoule à travers les espaces lymphatiques périganglionnaires, et abandonne, comme sur le filtre, tous les éléments figurés.

En effet, de simples injections d'encre de Chine dans le liquide céphalo-rachidien, et même par voie intracranienne, reproduisent au même niveau des amas semblables de particules colorées.

Les tubes nerveux en contact avec ces amas leucocytaires dégénèrent et perdent leur myéline. Il est vraisemblable que ces leucocytes sont, dans les méningites, chargés d'endotoxines microbiennes. Les lésions résultent d'une simple action de contact.

La racine antérieure qui traverse en un faisceau compact les amas leucocytaires n'est que peu altérée, et seulement sur ses bords.

La racine postérieure, au contraire, qui se divise en nombreux faisceaux pour pénétrer dans le ganglion, est très altérée; la plupart de ses fibres sont à ce niveau complètement démyrlinisées.

Ces constatations semblent éclairer en quelques points la pathogénie du tabes. C'est en vertu de sa lenteur d'évolution, de sa durée, que la méningite syphilitique produit les lésions du tabes, à la faveur des dispo-

sitions anatomiques et physiologiques spéciales de la gaine arachnoïdienne radiculaire.

Pour M. *Sicard*, ces recherches confirment les faits qu'il a constatés ; il a décrit en effet une région particulière au niveau du pôle ganglionnaire où l'on trouve un afflux leucocytaire abondant ; il a fait les mêmes expériences que M. Tinel. Cette région a été vue aussi par Nageotte et de Massary. Tous ces faits peuvent avoir un certain intérêt pour la pathogénie du tabes.

M. *Thomas* fait remarquer que, dans ces coupes, il semble y avoir une réaction parenchymateuse et non interstitielle.

Il a des coupes de poliomyélite antérieure typique ou dans la traversée radiculaire, la racine antérieure a des lésions de périnévrite et d'endonévrite. Dans le processus dégénératif des racines, il y a prolifération interne du tissu interstitiel.

Tumeurs du nerf acoustique. — M. *Lannois* (de Lyon) présente deux tumeurs du nerf acoustique où l'intervention a été pratiquée. Il insiste sur la possibilité qu'il y a, dans certains cas, d'arriver directement sur le nerf après avoir récliné le cervelet.

PAUL SAINTON.

Société médico-psychologique

SÉANCE DU 26 AVRIL 1909

De l'origine périphérique de certains délires. — M. *Arnaud*. — M. Picqué a soulevé de nouveau, à la séance de janvier, la question de « l'origine périphérique du délire ». Dans les précédentes communications de M. Picqué, il était surtout question du *délire hypocondriaque*, tandis que, dans cette dernière, il s'agit presque uniquement *des états mélancoliques*. Le problème est sensiblement déplacé, et l'accord semble devenu moins difficile entre M. Picqué et ses contradicteurs, dont je suis.

En effet, admettre qu'une affection organique puisse engendrer un délire hypocondriaque en rapport direct avec l'organe malade, c'est reconnaître une sorte de *spécificité originelle* pour ce délire, qui devrait à la maladie organique et sa naissance, et son orientation clinique, et sa formule logique. Une telle conception ne me semble pas fondée. Sans rouvrir la discussion sur le délire hypocondriaque, je répète que, à mon avis, la lésion périphérique ne peut rendre compte ni du développement du délire, ni de son orientation vers l'hypocondrie; son rôle se borne à LOCALISER le délire, c'est-à-dire à fixer les préoccupations délirantes sur tel organe plutôt que sur tel autre.

Pour les états mélancoliques, où il s'agit moins de délires que de réactions affectives, certaines des objections élevées à propos du délire hypocondriaque disparaissent ou s'atténuent beaucoup. L'observation des états psychiques regardés comme normaux démontre à chaque

instant *l'influence du physique sur le moral*. Bien souvent, la maladie engendre la tristesse, la dépression, l'humeur mélancolique. Il est logique de se demander s'il n'en serait pas de même de la dépression et de la tristesse pathologiques? D'autant plus qu'il est facile de relever nombre de cas dans lesquels sont notés des rapports de coexistence ou de succession entre des affections organiques et des psychoses mélancoliques. Mais la question est de savoir si le cerveau est troublé par suite et en conséquence des altérations périphériques, ou si les deux catégories de symptômes ne relèveraient pas, au contraire, d'une même cause.

C'est à cette seconde hypothèse que je me rallie, et j'estime que, en réalité, l'origine périphérique des états mélancoliques n'est pas plus démontrée que celle du délire hypocondriaque. En fait, d'une part, la proportion des hypocondriaques délirants et des mélancoliques est infime par rapport à l'ensemble des malades atteints d'affections organiques. D'autre part, beaucoup de psychopathes souffrent de maladies organiques diverses, sans devenir hypocondriaques ou mélancoliques ; il me suffira de rappeler la puerpéralité et la paralysie générale, qui peuvent, l'une et l'autre, s'accompagner de troubles mentaux bien différents de l'hypocondrie et de la mélancolie. Par conséquent, c'est par autre chose que l'affection périphérique que sont conditionnées la genèse et la physionomie clinique de la psychose. Nous revenons, en réalité, à la vieille question des folies sympathiques et de la folie puerpérale. Ce sont les mêmes arguments pour et contre. Les arguments en faveur de la théorie périphérique ne me semblent pas infirmer l'opinion qui admet, comme condition d'un trouble mental, quel qu'il soit, la nécessité d'une prédisposition spéciale. Et ce n'est pas seulement la genèse de la psychose qui exige cette prédisposition, c'est aussi sa physionomie clinique, ce que j'appelle son *orientation* vers telle ou telle forme déterminée. La prédisposition n'est pas, d'ailleurs, une chose vague et insaisissable, une simple virtualité qui, à un moment de l'existence, se réaliserait plus ou moins vite. Longtemps avant l'apparition du trouble mental qualifié, la prédisposition marque le caractère du futur psychopathe. Avant de délirer, le persécuté présentait déjà de l'égophilie, une personnalité en opposition fréquente avec son entourage, avec les exigences sociales; il était défiant et orgueilleux. Le délirant hypocondriaque s'était montré, de tout temps, préoccupé à l'excès de sa santé. Le mélancolique confirmé était antérieurement un concentré, un scrupuleux, le plus souvent mal satisfait de lui-même, et les causes occasionnelles du délire ne font qu'aviver des tendances antérieures à leur action. La maladie mentale ne crée pas une personnalité foncièrement différente de l'ancienne ; elle amplifie, elle exagère jusqu'à l'état morbide les particularités du caractère, de sorte que ce caractère est toujours reconnaissable dans la psychose (exception faite, naturellement, pour les états démentiels profonds, qui détruisent la personnalité). Ceci revient à la constatation banale que chacun délire *avec son cerveau*.

La prédisposition au délire, comme son passage à l'état pathologique confirmé, tiennent à des altérations organiques dont la nature nous est inconnue, mais que l'on reconnaîtra peut-être un jour. C'est là, à mon avis, une condition nécessaire de tous les délires et non pas seulement du délire hypocondriaque. Seulement, je pense que c'est dans le cerveau et non dans les organes périphériques qu'on doit chercher ces altérations.

Maintenant, je me demande, si nous différons essentiellement d'avis, M. Picqué et moi; si nous sommes séparés par autre chose que par des nuances ? En effet, M. Picqué n'a, je crois, jamais nié la nécessité de la prédisposition, dans la genèse des psychoses qu'il considère comme pouvant être d'origine périphérique. Mais il semble lui reconnaître à présent une importance plus grande. Faisant sienne une opinion exprimée par son élève Latapie, M. Picqué estime que « la prédisposition commande, en quelque sorte, la forme clinique du délire d'origine infectieuse ». Et, à propos des récidives, M. Picqué dit encore « qu'elles s'expliquent naturellement par la prédisposition antérieure du sujet ». Je crois donc pouvoir en conclure que nous sommes à peu près du même avis.

L'accord entre nous sera tout à fait complet si, abandonnant le côté doctrinal, nous abordons le côté pratique de la question.

A ce point de vue, l'œuvre que poursuit M. Picqué avec tant d'énergie mérite notre reconnaissance. Elle a été bienfaisante pour les aliénés, en contribuant puissamment à démontrer que les opérations chirurgicales trouvent le plus souvent, dans l'état mental, non des contre-indications, mais des indications positives. Si une affection périphérique n'est pas capable de faire naître un délire, elle peut en revanche l'entretenir et l'aggraver, parce qu'elle fixe et systématise l'attention et les préoccupations du malade. L'intervention chirurgicale peut souvent améliorer l'état mental, et M. Picqué nous a fait connaître nombre d'observations démonstratives à cet égard. Sans doute, à elle seule, l'opération n'amènera pas la guérison du délire ; mais elle déterminera souvent des améliorations plus ou moins considérables et elle pourra favoriser la guérison. On pourrait donc dire que, chez les aliénés, toute opération chirurgicale *possible* est doublement indiquée, puisque, dans bien des cas, elle est susceptible de produire et la guérison locale, et l'amélioration de l'état mental.

M. Vigouroux, répondant aux intéressantes communications de M. Picqué sur l'origine périphérique de certains délires, admet sans restriction la relation étroite qui unit les lésions somatiques et les délires dans les observations des malades guéris ou améliorés par l'intervention chirurgicale. Mais il fait observer que les états délirants consistaient tous en confusion mentale associée parfois à la mélancolie, et que les lésions somatiques étaient des foyers infectieux. Il s'agit donc de délires infectieux et non de délires d'origine périphérique.

Le délire d'origine périphérique est celui qui succéderait à une lésion

(ne produisant aucune toxine) d'un organe dont l'altération ne donnerait lieu à aucune auto-intoxication, ni à aucune insuffisance glandulaire. Le délire des amputés, s'il existe, en serait le type.

L'observation de la malade ayant présenté des idées de possession en même temps que de l'hyperchlorhydrie ne peut servir de base à la discussion, car l'hyperchlorhydrie est considérée par beaucoup, non comme une lésion de l'estomac seul, mais comme la manifestation d'un trouble général de la nutrition.

Dans sa première communication, M. Picqué a constamment opposé la doctrine de la cénesthésie à celle du somatisme. Il semble pourtant que l'hypothèse d'un centre cortical de la cénesthésie permet d'admettre que ce centre, qui peut être lésé primitivement, peut aussi l'être secondairement à l'altération des organes ou du système sympathique. Ces deux théories ne sont donc pas contradictoires.

M. *Sollier*. — Je crois qu'avant de parler de l'origine périphérique ou non de l'hypocondrie, il serait bon de préciser les variétés du délire ou des idées hypocondriaques. Il y a, en effet, des hypocondriaques qui, comme le soutient M. Arnaud, sont des hypocondriaques constitutionnels congénitaux, qui saisissent la première occasion pour faire du délire. Il en est d'autres qui sont, comme le soutient M. Vigouroux, des interprétateurs hypocondriaques des troubles organiques. En quoi consiste le trouble nerveux de l'hypocondrie? Il faudrait d'abord chercher à l'établir. On peut supposer que c'est dans la zone cérébrale de la sensibilité générale, sans qu'on sache d'ailleurs si cette zone correspond sûrement à la cénesthésie corporelle, ni en quoi peut consister l'altération cérébrale; il n'est pas douteux, d'autre part, que le sympathique est souvent altéré. Il peut l'être primitivement ou secondairement par voisinage d'organes altérés. Dans ce dernier cas, le délire semble avoir une origine périphérique, et il est compréhensible que l'ablation d'un organe ou une opération sur une lésion qui altère le sympathique par voisinage puissent agir sur le délire qui dépend de cette altération secondaire du sympathique. Enfin, je crois que certains hypocondriaques, loin d'être améliorés par une opération, sont au contraire aggravés. Tels sont les cas dans lesquels l'hypocondriaque constitutionnel se fait opérer d'une affection banale, insignifiante, et, à la suite de l'opération qui ne l'a pas soulagé, se figure être beaucoup plus malade qu'on ne le croyait. L'opération sert à fixer son idée hypocondriaque et développe son délire. Je suis d'avis que, dans ces cas, il faut éviter d'opérer à moins d'indication très formelle, et non pas dans le dessein très aléatoire de faire disparaître l'idée maladive par l'opération. Je crois, pour ma part, que dans tous les cas d'hypocondrie vraie systématisée, il y a toujours une lésion soit primitive, soit secondaire du système nerveux central ou sympathique. Quant aux délires mélancoliques, leur base et leur genèse sont toutes différentes de celles des délires hypocondriaques et demandent un examen à part.

M. *Vallon.* — Je ne crois pas que l'affection d'un organe quelconque puisse créer un délire, mais j'admets que chez un délirant une affection organique peut orienter le délire dans un certain sens. J'ai observé ce fait chez un certain nombre de malades.

De la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats. — M. *Legrain*, à propos d'un jugement récent qui a frappé un médecin, auteur d'un certificat concluant à l'internement d'un aliéné, appelle l'attention sur les dangers auxquels la rédaction d'un certificat de ce genre peut exposer le médecin.

Le certificat qui a été l'objet d'une condamnation du tribunal mentionnait, en outre des troubles présentés par la malade, l'état de dégénérescence mentale de proches parents de celui-ci, un frère, une sœur, un fils. Ces personnes intentèrent un procès au médecin, en lui réclamant des dommages-intérêts. Celui-ci fut condamné à leur payer la somme de 1 000 francs.

La cour d'appel a confirmé le jugement du tribunal. M. Legrain analyse et commente les attendus de ce jugement. Il soutient que les notions que le médecin peut réunir sur l'hérédité de son malade sont au nombre des « particularités de la maladie », que la loi de 1838 demande au médecin de constater dans son certificat. Ces notions, comme les autres données étiologiques, ne doivent pas être considérées comme inutiles, quand il s'agit de justifier une mesure aussi grave que l'internement. L'étiologie des maladies mentales n'est d'ailleurs pas aussi absurde que le pense le tribunal qui s'est exprimé ainsi : « ... les causes de la folie sont souvent trop mystérieuses pour pouvoir être constatées avec certitude. »

René Charpentier.

Société clinique de médecine mentale.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1909

Confusion mentale consécutive à un traumatisme chez un jeune homme de vingt ans. — M. *Pactet* présente un jeune malade, âgé de vingt ans, qui, dans une chute d'une dizaine de mètres de hauteur, a subi, entre autres traumatismes graves, un traumatisme cranien qui s'est accompagné de perte de connaissance. Six mois plus tard, ce jeune homme présentait un état de confusion mentale avec excitation, qui persiste depuis bientôt quatre mois, sans modification.

L'intérêt de ce cas réside dans la relation de causalité qu'on ne peut manquer d'établir entre le traumatisme cranien et le développement des troubles mentaux et dans la difficulté de porter avec certitude un pronostic précis. Le malade se trouve, en effet, dans la période de la puberté, où le système nerveux offre une vulnérabilité particulière, et l'on peut craindre que le désordre intellectuel dont le traumatisme a été la cause

déterminante, passe à la chronicité et que l'affection évolue dans le sens de la démence précoce.

Astasie-abasie d'origine délirante ou simulée. — M. *Truelle* montre à la Société une malade de soixante-quatorze ans présentant des troubles incoordonnés de la marche et de la station debout qu'on ne peut cliniquement rattacher à aucune lésion définie du système nerveux. Par leur étrangeté, les circonstances dans lesquelles ils se produisent ou disparaissent, on doit songer à une simulation possible. A une analyse détaillée, il semble qu'on puisse les rattacher à un système atténué d'idées de négation et d'incapacité, s'accompagnant d'un état émotionnel quasi phobique.

Ces phénomènes mentaux eux-mêmes, compliqués de troubles de la mémoire et de défaut de synthèse mentale, s'accompagnent d'hypoesthésies diverses dont l'appréciation est rendue difficile par la présence des idées de négation. Tentative de subordination réciproque des différents symptômes observés.

Paralysie générale amaurotique. — M. *Trénel* expose que si la fréquence des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale est très variable d'après les données des divers observateurs, l'amaurose est particulièrement rare. Dans trois cas présentés par l'auteur, il ne s'agit pas de *paralysie générale tabétique*, mais de *paralysie générale à symptômes spasmodiques*. Néanmoins, la lésion oculaire est une atrophie optique de forme tabétique. La marche en est rapide, l'amaurose est complète en quelques mois. Au point de vue mental, ce sont des *cas de forme atypique*, de sorte que l'on peut se poser la question si ce sont des paralysies vraies ou des syndromes paralytiques : dans tous les cas, il y eut un état hallucinatoire intense, avec hallucinations non seulement visuelles (comme peuvent en avoir les aveugles), mais de tous les sens. L'étude clinique de ces cas et les données anatomo-pathologiques sont encore insuffisantes pour qu'on puisse décrire d'une façon précise une *paralysie générale amaurotique* à mettre en parallèle avec le *tabes amaurotique*.

Un cas de psychose hallucinatoire. — M. *Crinon* montre une malade observée dans le service de M. Trénel. L'intérêt de cette observation réside surtout dans la richesse des hallucinations variées qu'on peut déceler (hallucinations auditives, psychomotrices, cénesthésiques, olfactives, visuelles, graphiques), sans que celles-ci s'accompagnent d'un délire systématisé si faible qu'il soit. L'auteur est amené à poser le diagnostic de psychose hallucinatoire.

Un cas de dégénérescence mentale avec épilepsie : attaques et vertiges, actes inconscients et fugues, parfois impulsions. M. *Villassier* présente un malade de quinze ans d'une hérédité chargée, et nettement dégénéré, qui, dès l'enfance, eut des impulsions, manifesta un caractère irritable, violent, présenta des vertiges, des pertes de connaissance avec aura sensorielle, fugues, mictions.

En proie à une de ses impulsions, le malade lutte vainement, une angoisse l'étreint, la sueur le couvre, il ne tarde pas à succomber; tout aussitôt, une détente se produit, il en éprouve une grande joie.

Parfois il résiste, une idée l'obsède contre laquelle il lutte; qu'un vertige passe et il accomplit l'acte, en grande inconscience, et s'en montre surpris.

L'auteur rappelle l'importance de l'état cérébral qui fait les frais du délire épileptique, l'ictus n'étant que le choc qui produit telle ou telle manifestation selon le terrain sur lequel il frappe.

Le malade qu'il présente lui en semble un saisissant exemple.

Paralysie générale prolongée. Hémiplégie d'origine traumatique. (Présentation de pièces.) — M. *A. Marie*, de Villejuif, présente le cerveau d'un paralytique avec préparations histologiques à l'appui.

L'affection évolue de façon atypique puisque le malade atteint de troubles mentaux dès 1885 (insolation au Tonkin) et interné en 1896 ne mourut qu'en 1909, soit après treize ans d'internement. De même que l'évolution, l'aspect clinique du malade différait notablement de la paralysie générale classique. Bien que finalement paralytique général, ce cas correspondrait assez bien à ceux que MM. Magnan et Vallon ont étudiés à propos des pseudo-paralytiques généraux. L'insolation initiale et l'alcoolisme chronique préalable joints à l'absence de réaction de Wassermann militent encore en faveur d'une forme à part de méningo-encéphalite en dehors de la parasyphilis.

Hémiplégie et traumatisme. — M. *A. Marie*, de Villejuif, examine devant la Société l'encéphale d'un malade mort par hémorragie du IV^e^ ventricule. Le cerveau présente en outre deux lacunes à droite et un double foyer symétrique surtout marqué à droite dans les zones lenticulaires. L'hémiplégie y coïncida avec un traumatisme par compression entre un mur et un auto-camion (lésion du foie). La compression brusque du thorax peut, avec un état antérieur d'artériosclérose cérébrale, expliquer le mécanisme d'un traumatisme encéphalique indirect par voie vasculaire.

La coïncidence d'une hémianesthésie homologue avec participation du sens auditif combinée à l'hémiplégie et persistante, pose la question des rapports de l'hystéro-traumatisme avec les lésions organiques cérébrales associées (cauchemars stéréotypés rappelant l'accident et aphasie intermittente).

Ce cas soulève aussi de délicats problèmes relatifs à la responsabilité en matière d'accidents.

MM. *Colin* et *Pactet* font ressortir l'intérêt qui se dégage de ces faits de traumatisme au point de vue de la médecine des accidents du travail. On a, suivant eux, une tendance fâcheuse à englober sous le nom de sinistrose des phénomènes pathologiques parfois très complexes qui ne sont pas surtout d'ordre psychologique.

Paralysie générale amaurotique. — M. *Trénel* présente le cerveau d'une paralytique générale qui était atteinte d'amaurose.

Il insiste sur l'atrophie de l'hémisphère gauche, l'absence d'opalescence le long des vaisseaux et des granulations épendymaires du IV^e^ ventricule. La méningite de la base est beaucoup plus marquée que dans les cas ordinaires de paralysie générale : elle englobe complètement les nerfs optiques.

SÉANCE DU 17 MAI 1909

Guérison tardive d'états confusionnels graves. Présentation de deux malades.) — M. *Legrain* présente deux malades guéris d'états graves ayant duré fort longtemps et ayant présenté l'aspect clinique classique des confusions et des démences précoces qui comportent un pronostic fatal. Cette présentation a pour but de recommander une grande réserve en matière de pronostic.

Le premier malade est interné depuis cinq ans. Il a traversé pendant quatre ans sans arrêt, une phase caractérisée par de la confusion absolue, de l'automatisme ambulatoire, du mutisme réactionnel, des hallucinations multiples, ordinairement pénibles, le tout entrecoupé d'épisodes aigus avec fièvre. Le malade est totalement guéri depuis six mois.

Le second malade, âgé de vingt-quatre ans, a présenté tous les signes ordinaires de la démence précoce pendant deux ans : cérébration lente, pénible, écholalie, échopraxie, affaiblissement massif des facultés, troubles affectifs, actes niais et enfantins, catatonie, attitudes stéréotypées, tics, etc.

Ce malade est guéri depuis un an, s'occupe à des travaux minutieux de bureau, sans présenter la moindre trace de désarroi cérébral.

M. Legrain cite un cas de mélancolie sénile qui avait fait porter le diagnostic de démence incurable. Ce diagnostic eut de terribles conséquences. La personne chargée d'administrer les biens de la malade en profita pour se les approprier. La malade guérit au bout d'une dizaine d'années. Elle vit encore en liberté et, privée désormais de moyens d'existence, elle dut être recueillie et secourue par des amis.

Mal perforant buccal chez un paralytique général. — Démence traumatique et démence paralytique. Présentation de deux malades. — M. *A. Marie*, de Villejuif, présente un cas de mal perforant buccal double chez un paralytique général avancé et spécifique ; il rappelle à ce sujet plusieurs cas analogues qu'il a précédemment recueillis, et dont il présente les moulages.

M. *A. Marie* présente également un cas de démence traumatique précoce pris au début pour une démence paralytique. L'examen du liquide céphalo-rachidien est négatif à tous les points de vue, et la démence subsiste stationnaire depuis douze ans (négativisme, logorrhée incohérente et inégalité pupillaire sans signe de A. Robertson).

Le foyer d'encéphalite localisée correspondant au trépan et au trau-

matisme ancien suffit à expliquer les symptômes qui furent précédés d'une apparente guérison postopératoire de plusieurs mois (de 1894 à 1896).

Syndrome paralytique et paraplégie spasmodique chez un jeune homme de dix-neuf ans; début à l'âge de quatorze ans. (Présentation de malade.) — M. *Pactet* présente un jeune malade de dix-neuf ans chez qui l'on constate l'existence d'un syndrome paralytique s'accompagnant de paraplégie spasmodique. Les accidents ont débuté à l'âge de quatorze ans et ont suivi une marche régulièrement progressive pour arriver à la situation clinique qu'on observe aujourd'hui : affaiblissement intellectuel, absence de délire, état permanent d'euphorie, embarras de la parole, inégalité pupillaire, signe d'Argyll Robertson, incertitude de la marche, exagération considérable des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde. Le réflexe plantaire, abdominal, crémastérien est normal; les réflexes palmaire et bicipital sont légèrement exagérés.

Quel diagnostic convient-il de porter chez ce malade ?

La conservation d'un certain degré d'activité psychique spontanée et consciente, la persistance de l'émotivité, des sentiments affectifs, l'absence d'impulsions motrices excluent le diagnostic de démence précoce, et, malgré l'absence de lymphocytose, il s'agit très vraisemblablement, dans ce cas, de paralysie générale, sans qu'il soit possible toutefois de préciser, par la clinique seule, la nature des lésions encéphaliques *diffuses* qui tiennent sous leur dépendance la production du syndrome.

Un cas d'amnésie rétro-antérograde consécutive à une intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. (Présentation de malade.) — M. *Leroy* présente une femme de cinquante-quatre ans, ayant déjà eu deux accès de mélancolie, qui a été internée récemment pour un troisième accès, avec tentative de suicide par le gaz d'éclairage. Cette intoxication ne fut connue que quinze jours après, à la suite d'une visite du mari, car la malade en avait perdu complètement le souvenir. A cette époque, elle avait encore des symptômes névritiques caractérisés par des douleurs intolérables dans le dos et dans les membres supérieurs, de l'impotence fonctionnelle des mains et une amnésie rétro-antérograde des plus nettes. Cette femme n'a aucun souvenir des préparatifs faits par elle pour mourir, pas plus que des faits postérieurs à l'intoxication. L'amnésie rétrograde disparaît subitement au bout de vingt-cinq jours, et l'amnésie antérograde s'efface au bout de trente-six jours.

Amnésie partielle ou fabulation. (Présentation de malade.) — M. *Marcel Briand* présente une jeune femme d'une trentaine d'années, assez instruite et de parfaite éducation, qui a été trouvée, en juillet 1907, dans un état d'hébétude complète, sur un banc du quartier de l'Europe. Elle affirme avoir perdu la plupart de ses souvenirs à la suite d'une maladie grave. Elle prétend aussi avoir été abandonnée par une parente qui, lui reprochant son état, l'aurait fait quitter sa résidence habituelle, une localité qu'elle dit ignorer, pour la conduire à Paris.

Son état mental qui ne s'est pas amélioré depuis deux ans, est celui d'une débile inoffensive et incapable de subvenir à ses besoins par son travail. Elle a une attitude triste et résignée, ne manifeste aucune idée délirante, mais pleure fréquemment en demandant qu'on recherche son père.

S'agit-il d'une amnésie réelle ou d'un cas d'amnésie simulée ?

MM. *Magnan*, *Legrain* et *Colin* font des réserves au sujet de ce cas d'amnésie et demandent que la malade soit représentée à une séance ultérieure.

Obsessions, impulsions et tics chez un dégénéré. Présentation de malade. — M. *Fillassier* présente un malade d'une hérédité chargée, qu'il a observé dans le service de M. Magnan, et qui a des obsessions, des impulsins et des tics nombreux.

Ce malade, qui en juillet dernier travaillait encore, avait dû quitter son emploi ; il avait une appréhension extrême chaque fois qu'il faisait quelque chose : de le faire « pour la dernière fois », ou de « porter malheur » à quelqu'un ; aussi refusait-il de sortir de chez lui et même de s'habiller ou de manger. Lorsque ses obsessions et ses impulsions le prennent, il lutte vainement, une angoisse l'étreint, la sueur le couvre, il faut qu'il succombe.

Il est obsédé par certains mots ; il a de l'agoraphobie, de la crainte du toucher.

Depuis son entrée, il est sensiblement amélioré.

Obsession hallucinatoire et hallucinations obsédantes. Présentation de deux malades.) — Beaucoup d'auteurs n'admettent pas que l'hallucination, symptôme sensoriel, puisse prendre part à la constitution de l'obsession, phénomène purement intellectuel. Séglas a cependant bien démontré la réalité du fait, et les deux termes qu'il a adoptés — d'*obsession hallucinatoire* quand l'hallucination est secondaire à l'obsession, et d'*hallucination obsédante* quand elle est primitive, — paraissent bien s'appliquer aux deux observations suivantes : dans la première, la malade, obsédée par le souvenir d'un ami qui a rompu avec elle depuis deux ans, a un rêve terrifiant. « A la suite de ce rêve, *la voix lui reste.* » Cette voix qui n'est pas une voix d'oreille, dit la malade, mais la voix de la pensée, — par conséquent hallucination non pas auditive, mais psychique, — l'obsède : il suffit qu'elle y pense pour que cette voix lui arrive, « la frappe ». Cette obsession hallucinatoire persiste depuis cinq ans, sans répit, et produisant des paroxysmes anxieux.

Dans le second cas, la malade, à la suite d'un délire de persécution avec hallucination de l'ouïe, présente des hallucinations psychiques et visuelles combinées (elle ne peut avoir une pensée « sans qu'on la visionne »), celles-ci de nature obscène (apparition du « simulacre d'une verge qui la frôle »). Elle ne peut en écarter sa pensée : « On rend sa personne *visionnaire forcée* sur les mœurs. » Ce sont bien là des hallu-

cinations obsédantes. Elles durent depuis cinq ans, continues, avec paroxysmes.

Encéphalite hémorragique. (Présentation de pièces.) — M. *Vigouroux* présente le cerveau et les organes d'un malade affaibli intellectuel, mais surtout confus, qui est mort dans le coma après avoir eu la respiration du type Cheyne-Stokes, de l'œdème et de la congestion de la face. Il n'avait pas d'albumine. A son autopsie, on constate dans le cerveau des foyers de ramollissement ischémique et des zones rouges hémorragiques assez bien limitées à la substance grise. Le cœur est très hypertrophié (800 grammes) ; il avait des infarctus du foie et des reins.

L'examen histologique montre que ces zones hémorragiques sont dues à la congestion énorme des vaisseaux de la corticalité accompagnée de nombreuses petites hémorragies interstitielles dues à la rupture de la paroi des capillaires. Les artères de moyen calibre sont saines, alors que les veines sont oblitérées par des caillots. Il y a un certain degré d'inflammation des méninges. Dans d'autres points, le tissu cérébral paraît surtout œdématié, et les petits vaisseaux ont de l'endo-vascularite. Enfin, des parties ischémiées, plus nettement ramollies, contiennent des corps granuleux.

S'agit-il de ramollissements à différents degrés produits par l'oblitération des veines cérébrales ou d'encéphalite hémorragique du type Strumpell ?

Maladie de Parkinson. (Présentation de pièces.) — M. *A. Marie* apporte à la Société un encéphale de dément parkinsonien avec cécité corticale.

La photographie du malade vivant montre l'attitude figée; les tremblements enregistrés sont caractéristiques et disparaissaient aux mouvements volontaires.

Le malade présentait dans l'hémisphère cérébelleux gauche un foyer ancien qui pourrait bien être en rapport de cause à effet avec l'hémitremblement précité.

René CHARPENTIER.

Société de psychologie

SÉANCE DU 7 MAI 1909

Psychologie d'un cas de folie messianique. — M. *Poyet* présente une malade âgée d'une trentaine d'années qui a été internée il y a cinq ans, à Sainte-Anne, à la suite d'un épisode d'excitation mentale avec refus d'alimentation et hallucinations de l'ouïe : elle s'entendait injurier dans la rue. Depuis sa sortie de Sainte-Anne, son délire s'est étendu et systématisé : les voix de la Nature lui parlent, par l'intermédiaire du vent et de différents autres bruits et lui ont apporté des révélations importantes sur la religion et la société. Elle se croit, de par sa sainteté et sa supério-

rite intellectuelle et morale, appelée à jouer un grand rôle religieux dans le monde.

M. *Arnaud* considère la malade comme arrivée à la période mégalomaniaque d'un délire classique des persécutions.

M. *Wallon* estime qu'il ne s'agit pas ici d'hallucinations, mais d'interprétations; c'est un cas de délire chronique à base d'interprétations.

M. *Séglas* incline à penser que les interprétations jouent le rôle capital dans les troubles présentés par la malade.

Ch. BLONDEL.

ASSISTANCE ET LÉGISLATION

L'ASSISTANCE EN FRANCE

DES INFIRMES OU DES SÉNILES CALMES

DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE

PAR

L. MAUPATÉ

Médecin en chef à l'asile d'aliénées de Bailleul.

L'assistance des infirmes ou des séniles calmes peut donner lieu à certaines difficultés quand ils sont étrangers et, de ce fait, n'ont aucun droit aux secours; et si je signale la chose dans un journal de médecine mentale, c'est parce que c'est souvent aux aliénistes, et surtout aux médecins des asiles situés près de la frontière, qu'on demande, en pratique, de résoudre le problème. A Bailleul, je constate chaque année plusieurs cas analogues à ceux que je vais citer, et même parmi les séniles aliénés ou dont l'internement peut se justifier, le nombre des étrangers est relativement plus grand que pour les autres maladies mentales, ce qui laisse supposer que certains eussent été assistés autrement qu'à l'asile s'ils avaient été Français.

Un vieillard, du fait d'un affaiblissement qui trouble dans son fonctionnement le cerveau comme les autres organes, devient incapable de subvenir à ses besoins, et on l'envoie à l'asile. Un malade hospitalisé atteint d'une affection très douloureuse, et ayant, de ce fait, des préoccupations hypocondriaques, trouble par ses cris le repos de ses voisins de lit, qui se plaignent au médecin et réclament son internement. Un vieillard

aveugle erre à l'aventure dans les salles de l'hospice, se heurte aux autres hospitalisés, ne retrouve plus sa place et son lit, et comme ses facultés mentales sont en voie de diminution, on incline à attribuer à la démence cette apparence de désorientation qui est due surtout à la cécité. Enfin un faible d'esprit devient gâteux du fait d'une maladie physique, et on songe alors à l'interner. Dans tous ces cas, il s'agit de personnes présentant à la fois des troubles mentaux et des infirmités physiques, et on tend à attribuer à l'état mental des actes qui, en l'espèce, résultent des infirmités physiques; l'erreur, dans certains cas, est possible. Le médecin aliéniste remet les choses au point, fait la part de ce qui, dans les actes invoqués à l'appui de l'internement, revient aux infirmités physiques, et, finalement, après une mise en observation, déclare le malade insuffisamment aliéné pour être maintenu et propose sa sortie de l'asile.

Ici s'arrête, en principe, son rôle, et il n'est pas tenu de s'inquiéter de ce que deviendront ceux dont il propose la mise en liberté. Et pourtant, il lui est difficile d'oublier (et de ne pas dire dans son certificat) qu'il s'agit d'infirmes incapables de subvenir à leurs besoins, et qui, sous peine de mourir immédiatement de misère ou d'accidents, ne peuvent quitter l'asile que s'ils bénéficient d'un autre mode d'assistance.

S'ils sont Français, leur sortie ne tarde pas trop : leur droit à l'assistance est reconnu après enquête et, au bout d'un certain temps, ils sont transférés dans un hospice ou bénéficient d'un secours dans leur famille. Mais s'ils sont étrangers, ils n'ont, je le répète, aucun droit à l'assistance : et pourtant la loi ne permet pas de les garder à l'asile.

Peut, en effet, être internée d'office, d'après la loi du 30 juin 1838 (art. 18), « toute personne dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes ». Ainsi donc, pour les séniles, l'internement sera justifié s'ils sont en même temps atteints d'un délire les rendant dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui; s'ils sont agités, turbulents ou violents; s'ils n'ont pas conscience de ce qu'ils font ou de ce qui se passe autour d'eux : dans tous ces cas, ils sont placés à l'asile par mesure de police plus encore que d'assistance, et si l'enquête montre qu'ils sont étrangers, ils seront plus tard transférés dans un asile de leur pays d'origine, qui remboursera à l'asile français leurs frais de séjour.

Il semble, au contraire, que les séniles qui ne sont pas délirants, agités, dangereux ou inconscients ne doivent pas être internés dans un asile d'aliénés, du moins en vertu de cet article de la loi du 30 juin 1838. L'article 25 de la même loi dit bien que « les aliénés dont l'état mental ne compromettrait pas l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général sur la proposition du préfet et approuvées par le ministre ». Mais cet internement des aliénés non dangereux n'est pas obligatoire et n'existe que dans certains départements; dans d'autres, le nombre des aliénés non dangereux dont le département

accepte de payer les frais de séjour à l'asile est limité, et, pour ce motif, les étrangers sont exclus du bénéfice de cette disposition de la loi : enfin, la première condition pour en bénéficier, c'est d'être aliéné, et la plupart des séniles, malgré un notable affaiblissement des facultés, ne présentent pas de troubles mentaux suffisants pour être qualifiés d'aliénés. Au surplus, une circulaire de M. Clemenceau, ministre de l'intérieur, en date du 10 novembre 1906, désigne comme ne devant plus être maintenus sous aucun prétexte dans les asiles d'aliénés « les vieillards dont l'activité intellectuelle est très affaiblie, qui ne sont pas à proprement parler des aliénés, dont l'état ne réclame pas de soins particuliers et dont la place est à l'hospice, au milieu des vieillards indigents et inoffensifs comme eux. Laisser ces malheureux dans un asile, souvent au milieu d'agités et sous un régime spécial, serait manquer de respect à la vieillesse indigente, c'est-à-dire déserter l'un des devoirs les plus sacrés de l'humanité, et constituerait en même temps une violation certaine de l'esprit de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables. » Que dit donc cette loi ?

« ARTICLE PREMIER. — Tout *Français* privé de ressources, incapable de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence, et, soit âgé de plus de soixants-dix ans, soit atteint d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable, reçoit aux conditions ci-après l'assistance instituée par la présente loi. »

« ART. 19. — Les infirmes et les incurables ayant le domicile de secours communal ou départemental reçoivent l'assistance à domicile ; ceux qui ne peuvent être utilement assistés à domicile sont placés, s'ils y consentent, soit dans un hospice public, soit dans un établissement public ou privé, ou chez des particuliers, ou enfin dans les établissements publics ou privés où le logis seulement, et indépendamment d'une autre forme d'assistance, leur est assuré. »

« ART. 40. — Il n'est pas dérogé aux lois relatives aux aliénés. »

Ainsi donc, la première condition exigible pour bénéficier de cette loi, c'est d'être Français. Un étranger privé de ressources et incapable, en raison de l'âge, d'infirmités ou de maladies incurables, de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence, ne pourra légalement être assisté ou hospitalisé que s'il est aliéné (et encore s'agit-il là d'une mesure de police bien plus que d'assistance) ; et comme l'âge amène en général un affaiblissement notable de l'activité intellectuelle, et parfois des troubles mentaux plus accentués, on voit ce qui en résulte : internement possible de vieillards inoffensifs, dont les enfants sont, ou morts, ou à l'étranger, ou incapables de les recueillir (car si ces enfants doivent nourrir et soigner leurs parents, ils ne peuvent plus exercer leur profession qui leur procurait tout juste de quoi vivre) ; ces vieillards eux-mêmes, une fois à l'asile, demandent souvent à y rester, car leurs infirmités les empêchent de jouir de la liberté, et ils se trouvent là comme à l'hospice. Et pourtant le mé-

decin aliéniste, en vertu de la loi de 1838 et de la circulaire ministérielle précitée, n'a pas le droit de les conserver.

N'y a-t-il pas de remède à cela? En pratique, oui, *pour certains pays seulement.* Les bureaux de bienfaisance et les hospices chargés d'appliquer la loi du 14 juillet 1905 sont bien antérieurs à cette loi (qui n'a fait que rendre obligatoire l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, et l'a mise à la charge des départements, des communes et de l'État); et longtemps avant sa promulgation, ils les assistaient déjà dans la mesure de leurs ressources, qui varient d'un pays à l'autre. Or, il existe certains pays où ces établissements charitables, après avoir assisté les vieillards, infirmes et incurables auxquels s'applique la loi du 14 juillet 1905, ont encore quelques ressources leur permettant de secourir ou d'hospitaliser ceux à qui elle n'est pas applicable; et c'est ainsi que des vieillards étrangers ont pu être directement assistés par le bureau de bienfaisance ou soignés dans un hospice. La question de leur nationalité n'a pas été posée; mais elle peut se poser à l'avenir, maintenant que l'assistance est réglementée et devenue obligatoire pour des vieillards que ces établissements charitables ne secouraient pas.

En résumé, la loi ne nous permet pas de conserver à l'asile les séniles non aliénés qui y sont souvent envoyés; d'autre part, il est inhumain de les faire sortir de l'asile s'ils ne sont pas, à leur sortie, soignés dans leur famille ou dans un hospice; enfin, s'ils sont étrangers, ils n'ont souvent pas de famille en France et n'ont aucun droit à l'assistance. Que faire dans cette alternative?

ÉCHOS

A la Mutuelle des aliénistes de France

Jusqu'à présent, je m'imaginais que l'*Association mutuelle des aliénistes de France*, cette sœur aînée de l'Amicale des médecins d'asiles, devait être par essence une institution de mœurs paisibles, dégagée des rivalités de personnes et où l'écho des polémiques du dehors n'avait aucune chance d'être accueilli.

C'est, du reste, ainsi que les choses se passaient depuis l'origine, ce qui nous offrait à tous cette précieuse et nécessaire garantie que les secours utiles étaient répartis entre les familles des collègues disparus avec la plus entière équité. Nos amis de province pour les élections annuelles de l'association en étaient même arrivés à ce degré de quiétude qu'à moins d'être du comité, ils ne venaient presque jamais assister à l'assemblée générale du mois d'avril; ils s'en rapportaient, pour la bonne gestion de l'affaire, au conseil d'administration de la Société, où un petit

nombre de provinciaux ultra-zélés collaboraient avec une majorité de parisiens.

Aussi, grande fut ma surprise, quand j'appris que le 26 avril dernier à l'assemblée générale annuelle de l'Association, un certain nombre de médecins de la Seine, et notamment MM. Briand et Magnan, avaient dérogé aux traditions pacifiques en évoquant des rivalités de personnes là où elles n'avaient que faire et cela avec le concours du président sortant de la Mutuelle, mon ancien collègue de Charenton, M. Ritti.

* * *

A la vérité, quand cette mesquine histoire me fut contée, j'hésitais à y ajouter foi, tant le terrain de lutte me semblait mal choisi; mais j'appris bientôt avec certitude que Charon et moi — un provincial et un parisien — nous venions d'être l'objet d'un boycottage systématique, dont le résultat tangible était d'avoir empêché l'élection de l'un, et la réélection de l'autre au conseil d'administration de la Mutuelle.

Le parisien — votre serviteur — s'étant trouvé dans l'impossibilité d'assister à la réunion, cette circonstance inespérée fut immédiatement mise à profit. Pour assurer le succès, M. Magnan, qui depuis des années, n'avait pas honoré une séance de la Mutuelle de sa présence, avait jugé nécessaire d'intervenir en personne. Il engagea ses clients (je parle à la façon romaine), voire même certains de mes amis, à substituer à mon nom sur la liste des membres sortants et rééligibles du conseil, celui du président de la Société médico-psychologique, M. Legras. Malgré cet effort redoutable, il y eut ballottage; mais au second tour de scrutin, le président de la Société médico-psychologique remporta la victoire à quelques suffrages près; notez qu'il y avait au total deux douzaines de votants sur plus de cent cinquante membres que compte l'Association.

Et c'est ainsi que le 26 avril, entre trois et quatre heures de l'après-midi, je reçus, par les soins de MM. Magnan et Legras, cette peu banale leçon de déontologie, j'allais dire... de bonne confraternité!...

Le provincial, c'était Charon, le véhément Charon à la plume alerte et spirituelle. Oh! alors, avec lui, ce fut bien pis... pensez donc, un provincial! et quel provincial! un de ces mauvais esprits qui blaguent sans cesse le séparatisme séquanien et qui le combattent efficacement!... Plusieurs semaines avant l'assemblée générale, il lui fut demandé au nom du bureau — donc avec l'assentiment du président Ritti — s'il accepterait d'être élu membre du conseil, le 26 avril, et de venir tous les trois mois aux réunions d'usage. Charon accepta, laissa poser sa candidature et fit le voyage de Paris pour démontrer son zèle aux intérêts de la

Mutuelle. C'est alors que ces messieurs de l'opposition — puisque opposition il y a — jugèrent opportun de blackbouler la candidature de Charon pour faire triompher celle d'un absent, le confrère Déricq, qui, assurément ne se doutait pas de toute cette intrigue.

Bien entendu, par une manœuvre classique, ils tentaient, dans le même temps, de donner le change à l'opinion, en joignant leurs suffrages à ceux de nos amis pour élire ou réélire membres du conseil, MM. Cullerre, Giraud, Semelaigne et Vigouroux.

Enfin, pour couronner la série de ces opérations, M. Ritti obtenait sa réélection à la présidence, grâce à l'appui de ses alliés de fraîche date et notamment de son nouvel ami M. Magnan.

*
* *

Tels sont les faits. — Au fond, Charon et moi nous ne pouvons être que flattés de voir quelle large place nous occupons dans les petites préoccupations de l'éminent doyen de la psychiatrie française et de ses acolytes; à en juger par leur combattivité, il faut croire que nous les gênons fort et que nous leur déplaisons infiniment.

Mais pourquoi, me direz-vous?

Pourquoi? parce que Charon et moi nous ne partageons pas l'opinion antilibérale de ces messieurs en matière de recrutement spécial des médecins de la Seine; parce nous avons osé le dire, l'écrire, l'imprimer, et surtout parce que nous avons avec nous l'opinion publique et la grosse majorité des aliénistes français.

Ce qui déplait encore très fort à ces messieurs, c'est que nous ayons réussi, avec l'aide de quelques collègues dévoués, à fonder une Amicale florissante, qui est un excellent instrument de défense professionnelle; ce qu'ils me reprochent à moi, par surcroit, c'est de diriger activement ce vaillant *Informateur* qui, en toute occasion, a son franc-parler et conserve sa précieuse indépendance.

Quoi qu'il en soit, n'est-il pas singulièrement suggestif de voir un savant comme M. Magnan chargé d'ans et d'honneurs, jouissant comme fonctionnaire de privilèges et de prérogatives exceptionnels, oublier sa qualité de docte académicien pour venir, au sein d'une Mutuelle, combattre, avec le prestige de sa haute autorité, de jeunes confrères dont l'indépendance d'esprit n'est pas de son goût et auxquels il ne peut cependant pas refuser le rare mérite d'avoir le courage de leurs opinions!...

*
* *

La conclusion s'impose; si l'on veut conserver à la Mutuelle le caractère d'indépendance absolue et de bon fonctionnement qui doit en assurer

l'intégrité, il faut que nos amis se décident à s'en occuper plus activement que par le passé. Ce qu'il y a lieu de faire, c'est dès aujourd'hui d'organiser une active propagande afin d'y amener encore de nouvelles adhésions ; et c'est désormais d'assister à l'assemblée générale statutaire d'avril, pour y procéder à des élections susceptibles d'infuser un sang nouveau au conseil d'administration, afin que ce conseil puisse instituer le *vote par correspondance*, qui est la seule garantie efficace que nous puissions avoir contre les manœuvres de coterie.

N'est-il pas légitime, en définitive, que ce soit l'élément provincial qui occupe la place prépondérante dans l'administration de la Mutuelle, puisque c'est lui qui en alimente la presque totalité du budget ?...

A. ANTHEAUME.

COMMUNIQUÉS

Le Congrès de neurologie et de psychiatrie de Mons

La cinquième session du Congrès annuel des aliénistes et neurologistes belges, aura lieu à Mons, les 25 et 26 septembre 1909.

Les rapports à l'ordre du jour sont les suivants : *Neurologie* : les voies conductrices neuro-fibrillaires, par le professeur Joris (de Bruxelles) ; *Psychiatrie* : psychose systématisée à base d'interprétations délirantes, par le docteur Deroubaix (de Froidmont) ; *Psychologie* : le surmenage scolaire, par Mlle Joteyko (de Bruxelles).

Le prix de la cotisation est de 10 francs ; adresser les adhésions au docteur Crocq, secrétaire permanent, 62, rue Joseph II, à Bruxelles.

Le Congrès de psychologie de Genève

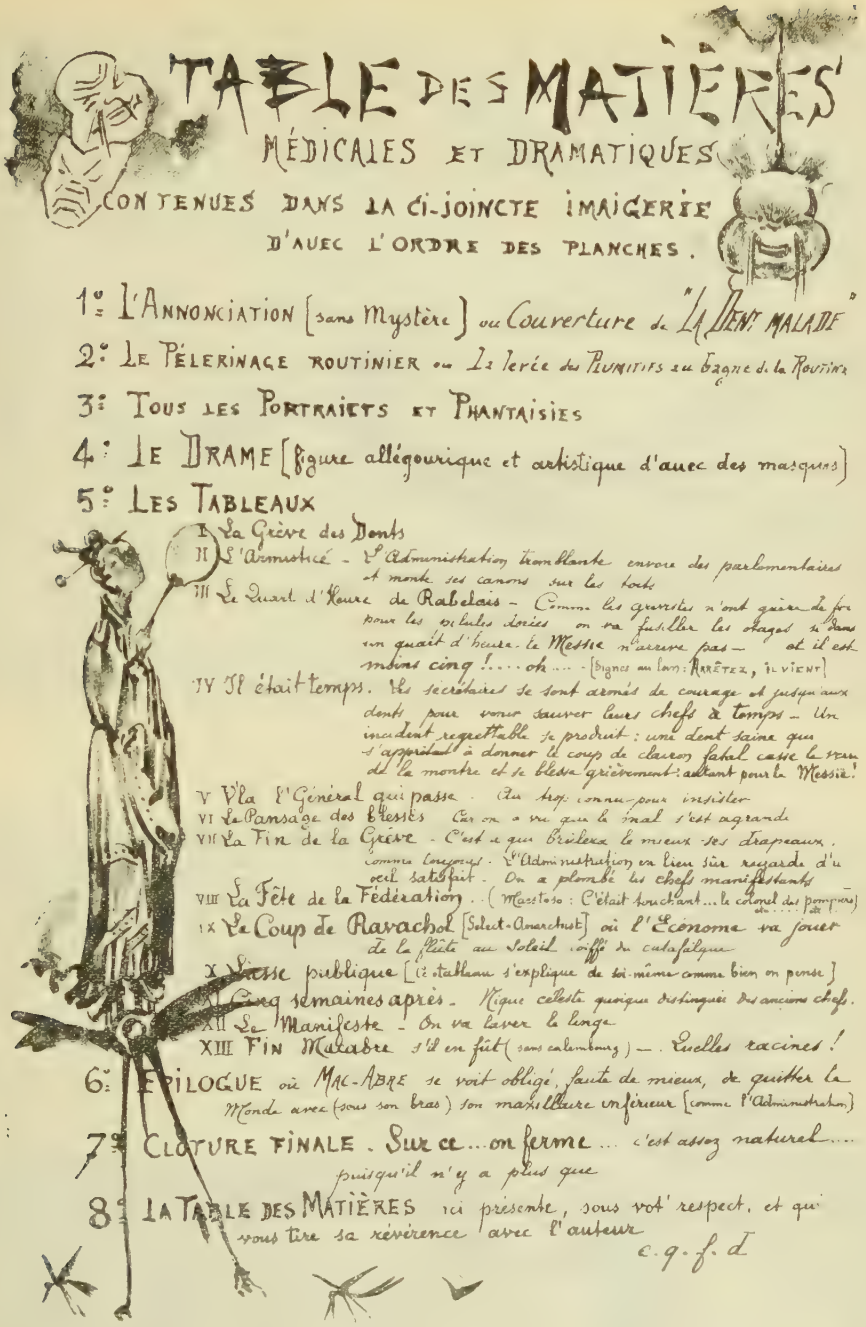
Ce Congrès international aura lieu du 3 au 7 août 1909. Les questions à l'ordre du jour sont : 1° les sentiments ; 2° le subconscient ; 3° la mesure de l'attention ; 4° la psychologie des phénomènes religieux. Le programme est complété par l'étude de plusieurs questions spéciales de psycho-pédagogie : classification des arrieres scolaires ; de psychologie zoologique et de psycho-physiologie.

Pour tout ce qui regarde les expositions d'instruments, les communications individuelles, s'adresser au secrétaire général, 11, avenue de Champel à Genève ; adresser les adhésions et cotisations (20 fr.) à M. Cellérier, Monchoisy, Genève (Suisse).

Le Gérant : G. DELARUE.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

DE L'ART CHEZ LES ALIÉNÉS[1]



1. Suite de la publication des dessins de la collection du docteur Keraval.

Avis. — *Cette table des matières fantaisiste — œuvre de l'auteur de la planche ci-jointe — n'est répétée ici que pour l'intelligence des dessins. Cette feuille peut être supprimée au moment de la reliure, les différentes planches de cette collection devant être détachées de chaque numero de* l'Informateur *et placées les unes à la suite des autres dans le numéro de janvier 1909, pages 30-31.*

SÉRIE DE DESSINS SATIRIQUES DUS A UN JEUNE SUJET ATTEINT DE PSYCHOSE DÉPRESSIVE
Collection du Dr KERAVAL)

Le Docteur PÂRIS
(de Maréville)

4e Année N° 6 25 Juin 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Saint-Bartholomew's hospital and College de Londres. — M. le docteur Robert Jones, lecteur à Westminster hospital School de Londres, est nommé lecteur de psychiatrie.

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocent : MM. les docteurs Canzio Ricci (psychiatrie) ; Vasco Forli (neurologie et psychiatrie).

Ministère de l'Intérieur

Mouvement de mai 1909

M. le docteur Dubuisson, médecin-chef de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin-chef honoraire.

M. le docteur Dide, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés d'Auxerre, est nommé directeur-médecin de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), troisième classe.

M. le docteur Jacquin, médecin chef de l'asile de Château-Picon (Gironde), est nommé médecin chef de l'asile privé d'aliénés de Sainte-Madeleine à Bourg (Ain).

M. le docteur Robert, médecin-adjoint de l'asile d'aliénées de Château-Picon, a été promu à la première classe de son grade.

M. le docteur Olivier, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Blois, a été promu à la première classe de son grade.

NOUVELLES

Aliéniste blessé au cours d'une expertise

Le docteur Legras, médecin en chef de l'infirmerie spéciale près la préfecture de police, vient d'être victime d'une agression très regrettable

à tous égards, de la part d'un détenu qu'il avait mission d'examiner au point de vue psychiatrique.

Cet individu avait été interné à Bicêtre en 1907. Quelques mois après sa sortie de cet établissement, il se faisait arrêter pour vol. Le docteur Legras, désigné pour l'examiner, déclara dans son rapport qu'il s'agissait d'un simulateur.

Renvoyé devant la police correctionnelle, l'inculpé déposa des conclusions d'incompétence et demanda à comparaître devant la cour d'assises.

Le malfaiteur, qui faisait l'objet d'un complément d'instruction, attendait à la prison de la Santé la fin de l'enquête. Sur ces entrefaites, le juge, M. Ducasse, commit le docteur Legras à l'effet de se prononcer, d'une façon définitive, sur l'état mental de l'inculpé.

Le médecin expert se rendit à la prison de la Santé afin de procéder à l'expertise du délinquant. Il lui rappela qu'il l'avait antérieurement examiné. « Ah ! c'est vous qui avez dit que j'étais « un type » qui simule la folie ! » proféra le détenu, et là-dessus il se précipita sur le docteur Legras, lui administra une série de coups de poing au visage qui le blessèrent assez grièvement.

Notre confrère a déposé une plainte contre son agresseur ; il est heureusement tout à fait rétabli actuellement.

Publication des comptes rendus du Congrès de Vienne

Nous insérons bien volontiers l'avis suivant :

« Vienne, le 8 juin 1909.

« Monsieur le rédacteur,

« De nouveau, le comité central d'organisation fait appel à votre amabilité en vous priant de vouloir bien publier la notice suivante dans votre distingué journal :

« Les comptes rendus officiels du troisième Congrès international « pour l'assistance des aliénés, Vienne 1908, vont paraître dans le mois « de juillet 1909 et seront envoyés aux congressistes. Pour ceux qui ne sont « pas membres du Congrès, le volume sera mis en vente à la librairie « de C. Marhold, à Halle. »

« *Le secrétaire général*,
« Professeur Dr Pilcz. »

Asile de Clermont (Oise)

Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise) ; pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'établissement.

NÉCROLOGIE

Nous enregistrons avec regret la mort du docteur Bourneville, médecin honoraire de Bicêtre, bien connu par ses travaux scientifiques notamment sur les enfants arriérés, et pour le rôle actif qu'il a joué dans la presse médicale de ces trente dernières années. Le docteur Bourneville avait une qualité qui se fait rare : il était serviable, bienveillant envers ses confrères, et, au point de vue des intérêts corporatifs, il ne fut jamais avare ni de son temps, ni de sa peine.

M. le professeur Mandalari, directeur du Manicomio privé de Messine, a péri avec toute sa famille dans le récent tremblement de terre.

M. le docteur G. Pribytkov, privatdocent de neurologie à la Faculté de médecine de Moscou.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Au Conseil d'État

LE STATUT DES FONCTIONNAIRES. — LES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS

Nos lecteurs savent qu'en septembre 1907 l'Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés de France avait, en son nom et au nom d'un grand nombre de ses membres, rempli son devoir de défense professionnelle en déférant à la censure du Conseil d'État, juridiction suprême en matière de contentieux administratif, deux arrêtés de M. le ministre de l'intérieur en date des 1er août et 12 septembre 1907, le premier instituant, et le second organisant un concours pour le recrutement spécial des médecins des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Ces arrêtés avaient été pris à la suite d'un vœu présenté par le conseil général de la Seine, tendant à ce que l'on constituât le corps médical des asiles de la Seine en service autonome comme celui des hôpitaux de Paris : le résultat était de scinder en deux le corps des aliénistes français d'asiles publics, qui, jusque-là, sous le régime de la loi de 1838 et des décrets, arrêtés et règlements en vigueur, bénéficiaient d'un même statut, pour l'entrée dans la carrière et pour l'avancement ultérieur.

Cette barricade, élevée subitement entre Paris et la province, était au surplus bizarrement construite, sans qu'aucune mesure transitoire fût venue atténuer la brutalité et l'iniquité de la mesure.

A la suite de l'introduction de ce recours devant le Conseil d'État, M. le ministre de l'intérieur, reconnaissant sans doute que — sinon dans le fond, au moins dans la forme — il avait mal procédé, abrogea *sponte sua*

les arrêtés attaqués. Mais il en incorpora le texte et l'esprit — à quelques variantes près — dans un décret qui fut promulgué au *Journal officiel* du 12 décembre 1907, et suivi — par voie de conséquence — d'un arrêté préfectoral ouvrant le premier concours spécial pour la Seine, le 5 mars 1908.

C'est dans ces conditions que l'Association amicale, aux poursuites et diligences de son bureau et d'un grand nombre de ses membres, entama, en février 1907, une seconde procédure devant le Conseil d'État, en lui déférant, pour excès de pouvoir, le décret de décembre 1907, et l'arrêté préfectoral de mars 1908, ainsi qu'elle avait fait pour les arrêtés ministériels d'août et de septembre 1907 par un premier recours devenu sans objet puisque ces arrêtés étaient abrogés par le décret susdésigné.

Cette fois, la question posée devant le Conseil d'État avait une tout autre envergure que lors de la procédure initiale, où la question de forme primait la question de fond; il s'agissait de faire trancher par la haute assemblée le point de savoir si, oui ou non, il existait un statut stable et définitif pour les aliénistes entrés dans la carrière par la voie du concours; si le décret de décembre 1907 pouvait valablement modifier le décret du 1er août 1906, qui organisait expressément les médecins d'asile en cadre unique se recrutant par un concours unique avec mêmes conditions d'avancement ultérieur dans toute la France. Il s'agissait en d'autres termes de décider si, en vertu des décrets, arrêtés et règlements en vigueur, il ne s'était pas établi, par le fait même du concours initial d'adjuvat, entre l'État-patron et des médecins devenus fonctionnaires par la voie de ce concours, un contrat au terme duquel les parties en présence avaient chacune des droits et des devoirs respectifs : L'ÉTAT-PATRON le droit d'exiger du corps médical des asiles de France un dévouement absolu aux obligations professionnelles, mais le devoir d'être *également* bienveillant envers tous les médecins, qu'ils fussent de Paris ou de province, le devoir de tenir compte des situations acquises, des engagements matériellement ou moralement contractés, et de n'apporter aucune modification dans le statut, sans mesures transitoires sagement ordonnées; les ALIÉNISTES, le droit de vivre dans le respect du satut en vigueur au moment de leur entrée dans la carrière, c'est-à-dire le droit de passer au grade supérieur dans toute la France sans s'exposer à l'aléa d'un second concours, concours soumis par surcroît, pour l'inscription des candidatures, à l'agrément du préfet de la Seine, et rendu inaccessible après cinquante ans d'âge.

* * *

C'est dans ces conditions que l'Association amicale ayant, dès l'origine, confié la défense de ses intérêts à Me Gosset, l'avocat bien connu, l'affaire est venue devant le Conseil d'État, le 16 janvier 1909, à la

section du contentieux, après rapport de M. le maître des requêtes Würtz, et le vendredi 28 mai en séance publique.

Devant la haute assemblée, après que Me Gosset eut exposé la requête de l'Amicale à l'aide d'une argumentation judicieuse, que le lecteur trouvera tout au long dans la procédure qui suit cet article, M. le commissaire du gouvernement Tardieu a soutenu que le décret de décembre 1907 maintient toutes les garanties antérieures pour l'entrée dans la carrière, ainsi que la durée minimum du stage dans l'emploi de médecin-adjoint, mais qu'au lieu d'abandonner la nomination des médecins en chef de la Seine à l'arbitraire, il restreint cet arbitraire en instituant un nouveau concours pour ces postes.

Il a déclaré expressément qu'il est inexact, parce qu'un fonctionnaire est entré dans une carrière sous un régime déterminé, même à la suite d'un concours, qu'il puisse prétendre voir toute sa carrière se développer jusqu'à la fin sous l'empire de cette même réglementation.

« Si l'on admettait cette thèse, a-t-il dit, il arriverait que, dans un même corps, chaque fonctionnaire pourrait avoir son statut particulier, ce qui créerait un régime absolument incohérent.

« Il arriverait que toute modification, même urgente, apportée à l'organisation d'un corps de fonctionnaires ne pourrait avoir d'effet que quand tous les fonctionnaires du régime précédent auraient disparu.

« Le droit du fonctionnaire, c'est d'exiger que, tant que demeure en vigueur l'acte qui a constitué son statut, le gouvernement en observe exactement à son égard toutes les prescriptions, et quand ce régime vient à être modifié, que les modifications soient faites par les autorités compétentes.

« Mais, si ces conditions sont remplies, les fonctionnaires ne peuvent se plaindre des changements apportés aux réglements dans l'intérêt général.

« Tout ce que l'on peut faire, en pareil cas, pour ménager des intérêts respectables, c'est de régler, par des dispositions transitoires, la situation des fonctionnaires qui pourraient être trop gravement lésés par les nouvelles mesures. Mais ce n'est là qu'une faculté et non une obligation. »

Dans toute son argumentation, M. le commissaire du gouvernement est resté sur le terrain uniquement juridique, celui de savoir si le concours spécial de la Seine était valablement organisé par le décret de décembre 1907, — abstraction faite de la bonne ou de la mauvaise organisation de ce concours.

***

Le 11 juin, le Conseil d'État s'est rallié à la manière de voir de M. le commissaire du gouvernement; il a rendu un très important arrêt de principe, rejetant le pourvoi et établissant cette jurisprudence « *que les droits aux avantages résultant pour les fonctionnaires d'une réglementation*

faite par des décrets et des arrêtés ministériels, restent subordonnés au maintien de ces décrets ou arrêtés, et qu'en l'absence d'une disposition législative ayant statué sur cet objet, l'organisation fixée par un décret peut valablement être modifiée par un décret ultérieur. »

Cet arrêt de principe est gros de conséquences, non seulement pour le corps des aliénistes des asiles publics, mais pour tous les fonctionnaires de France, dont le statut actuel est régi non par une disposition législative mais par des décrets, arrêtés ministériels et règlements, encore que ces fonctionnaires fussent entrés dans leur carrière par la voie des concours.

Si c'est désormais le droit pour le gouvernement de bouleverser à son gré le statut de toutes les catégories de fonctionnaires par voie de décrets ou d'arrêtés, substitués aux décrets ou arrêtés existants, — sans tenir compte des situations acquises, des intérêts en cause, si respectables fussent-ils, et des régimes antérieurs, — c'est, par contre-coup, l'instauration d'un régime d'insécurité absolue pour les fonctionnaires de tous ordres, c'est, pour eux, l'incertitude angoissante du lendemain, la crainte permanente de ne pouvoir parcourir les diverses étapes de leur carrière avec la tranquillité que chacun d'eux pensait voir ressortir d'une nomination faite au concours.

Quoi qu'il en soit, les conséquences immédiates de la décision du Conseil d'État, pour les aliénistes français, c'est que le concours spécial pour le recrutement des médecins du département de la Seine est maintenu tel qu'il est, et c'est que les autres départements de la République sont en droit (le Rhône, le Nord, etc.) d'obtenir, la politique aidant, des concours similaires pour assurer la sélection des chefs de services de leurs établissements d'aliénés.

*
* *

Du concours de la Seine envisagé dans sa structure intime, je ne dirai qu'une chose, c'est que, de l'aveu même de ses parrains, sa réorganisation s'impose; et cela est facilement compréhensible, parce qu'un concours où l'on peut être indifféremment juge ou candidat, où les chefs de service sont exposés à concourir avec leurs adjoints, etc., est voué fatalement, sinon à une mort matérielle, au moins, à une mort morale et à la mésestime du corps médical, ce qui est infiniment plus grave.

J'ajouterai que cette réorganisation du concours de la Seine s'impose d'urgence, dans l'intérêt général, et que le bon remède serait dans la substitution au concours technique *du concours sur titres et sur états de service* qui est d'un emploi si heureux à l'étranger en matière psychiatrique.

En indiquant cette solution, je ne fais d'ailleurs que traduire les desiderata actuels d'un grand nombre de collègues et que m'inspirer de la préface que vient de consacrer au récent volume de M. Dubief sur le

« Régime des aliénés », le professeur Bajenoff, le grand ami, l'élève et l'admirateur du célèbre médecin de Sainte-Anne, M. Magnan.

Voici comment s'exprime l'éminent aliéniste russe, au sujet de question du recrutement des aliénistes français et du concours spécial de la Seine :

« Supprimez ces cloisons qui divisent votre pays en régions. Que l'accès du concours soit ouvert à tous les aliénistes de France ; il y a parmi eux beaucoup de personnes d'un grand mérite, seulement on les apprécie à l'étranger plus que dans leur patrie et ils n'ont aucun moyen de se faire connaître. Je sais qu'on vient d'instituer un nouveau système de concours pour les places dans les asiles de la Seine, système qui devrait théoriquement supprimer l'inconvénient de recruter, dans un cercle très restreint, les médecins appelés à des fonctions importantes et à une situation avantageuse entre toutes.

« Au risque de mécontenter tout le monde et en premier lieu de chers amis et d'illustres maîtres, j'ose affirmer qu'il faut qu'un pays ait, comme le vôtre, l'habitude des concours, et qu'une corporation soit, comme celle des médecins français, entraînée à en passer, pour que les règlements de celui-là ne provoquent pas une protestation générale. Faire subir à des médecins qui peuvent être âgés d'une cinquantaine d'années, qui ont déjà fourni une longue et honorable carrière, qui ont acquis dans le pays et souvent au delà de la frontière une belle réputation scientifique, qui ont à leur actif des publications spéciales quelquefois de tout premier ordre, leur faire, dis-je, subir devant un jury tiré au sort des épreuves, comme celles qui consistent à pousser des colles à de jeunes étudiants de cinquième année, serait considéré partout ailleurs, comme un concours humiliant... et aussi, je le pense, en France. Des médecins aliénistes de valeur, — et il n'en manque pas dans votre pays, — qui ont un passé pratique et scientifique honorablement rempli, n'iront pas courir l'aléa d'un tel concours et préféreront rester tranquillement dans leurs trous de province... et cela sera tant pis pour les asiles qui n'auraient pas voulu d'eux.

« *Dans tous les pays, excepté en France, un concours de ce genre serait un concours sur titres et sur états de services.*

« Je sais qu'on m'objectera que le concours sur titres et sur états de services est inapplicable en France, par suite du favoritisme et des influences politiques qui en fausseraient les résultats.

« Je ne suis ni assez naïf pour ne pas savoir que protections et recommandations sont choses très humaines et que c'est un mal dont souffrent plus ou moins tous les pays ; ni assez ignorant des choses de France pour ne pas savoir quel rôle important ces interventions jouent dans tous les concours.

« Seulement, il ne faudrait pas exagérer ce danger.

« D'abord, à cette heure, les candidats arrivent fortement appuyés, et

il en résulte une telle interférence de protections et d'influences que c'est comme si personne ne l'était. Voilà déjà un correctif. Il y en a un autre plus important : l'opinion publique, surtout l'opinion des milieux médicaux, la presse...

« Croyez-vous vraiment que des passe-droits flagrants puissent se produire fréquemment et que les cas où les influences politiques annihileront le libre jugement du jury ne seront pas, après tout, que de rares exceptions ?

« S'il en était autrement, il n'y aurait qu'un moyen d'y remédier, c'est de refaire l'éducation de l'opinion publique en signalant les abus, en flétrissant les décisions injustes du jury, en protestant par tous les moyens possibles.

« De quoi vous plaignez-vous ? Ce ne sont pas les armes qui vous manquent : vous avez une presse libre, le droit illimité des réunions et des associations professionnelles, le parlement, le droit des interpellations... Combien de peuples seraient heureux de pouvoir en dire autant ! »

Je n'ajouterai aucun commentaire à cette argumentation pleine d'à-propos ; je souhaite seulement que le professeur Bajenoff arrive à faire partager sa conviction aux artisans du concours spécial pour la Seine qui comptent parmi ses meilleurs amis.

A. ANTHEAUME.

Voici maintenant les textes importants de la procédure suivie devant le Conseil d'État avec la réponse de M. le ministre de l'intérieur et l'arrêt du 11 juin 1909 :

Recours pour excès de pouvoir, et mémoire demande de sursis pour l'Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés, agissant aux poursuites et diligences de MM. les docteurs Giraud, directeur, médecin honoraire des asiles publics d'aliénés, président; Vallon, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, vice-président; Antheaume, médecin en chef honoraire de la maison nationale de Charenton, secrétaire, etc..., *contre* :

1° Un décret du président de la République, en date du 12 décembre 1907, instituant un concours à l'effet de pourvoir aux postes de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine ;

2° Un arrêté du préfet de la Seine, en date du 9 janvier 1908, pris en exécution dudit décret, et ouvrant, le 5 mars 1908, un concours pour un poste de médecin en chef dans lesdits asiles.

FAITS

1° Le régime des médecins des établissements publics d'aliénés a été fixé par l'ordonnance royale du 18 décembre 1839, rendue en exécution de la loi du 20 juin 1838.

Aux termes de l'article 1er de cette ordonnance, ces établissements sont administrés sous l'autorité du ministre de l'intérieur. D'après l'article 3, le

directeur et les médecins en chef et adjoints seront nommés par le ministre de l'intérieur, et ne pourront être révoqués que par lui.

La nomination devait se faire sur une liste de trois candidats présentés par le préfet et parmi les directeurs et médecins ayant trois années de fonctions dans d'autres établissements d'aliénés.

Depuis lors, le décret du 25 mars 1852, sur la décentralisation, avait (art. 5) donné aux préfets la nomination directe des médecins des asiles publics d'aliénés, sauf (art. 7) pour le département de la Seine. Ce régime de bon plaisir dura assez longtemps, mais il reçut du moins une organisation, par une série de décrets et d'arrêtés intervenus pour fixer le cadre et les traitements des médecins des établissements d'aliénés, véritables fonctionnaires.

Le *cadre* des directeurs et des médecins des établissements d'aliénés a d'abord été fixé, ainsi qu'il suit, par le décret du 24 mars 1858 :

« Directeurs et directeurs-médecins de 1re classe : 6 ; 2e classe : 8 ; 3e classe : 10 ; 4e classe : nombre illimité.

« Médecins en chef de 1re classe : 2 ; 2e classe : 3 ; 3e classe : 4 ; 4e classe : nombre illimité.

« Médecins-adjoints de 1re classe : 4 ; 2e classe : 2 ; 3e classe : 2. »

Ce décret spécifiait que le classement et l'avancement des titulaires des emplois sus-mentionnés auraient lieu en vertu *d'arrêtés du ministre de l'intérieur*, et exigeait trois années d'exercice dans la classe précédente pour être porté dans la classe supérieure.

Un décret du 28 avril 1860 augmenta la fixation du cadre des médecins-adjoints, en réduisant à deux ans le délai qui précède. Par décret du 6 juin 1863, le cadre fut augmenté dans les trois catégories qui le constituent.

Une nouvelle augmentation en fut faite par décret du 4 février 1875.

Depuis lors, un décret du 19 octobre 1894 a fixé les *cadres* et les traitements en organisant quatre classes de directeurs et directeurs-médecins, quatre de médecins chefs et trois de médecins-adjoints. Enfin, un dernier décret du 14 août 1905 a fixé, sur de nouvelles bases, les cadres et les traitements des médecins-adjoints ;

2° Avec le temps, l'administration avait reconnu que le bon recrutement des médecins des établissements publics exigeait qu'il fût recouru à la voie du concours.

En conséquence, un arrêté ministériel du 18 juillet 1898 fixa les conditions d'un concours pour l'entrée dans la carrière, c'est-à-dire l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints. Ce concours devait être régional d'après le nombre des Facultés de médecine, mais il était expressément stipulé (art. 5) que les médecins-adjoints pourront être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins *dans toute la France*.

Depuis lors, divers arrêtés ministériels (24 octobre 1898, 19 avril 1894, 12 juin 1899, 7 mars 1900) avaient apporté des modifications à la fixation des régions entre lesquelles se répartiraient les concours.

Un arrêté ministériel du 9 mai 1902 reconnut qu'il y avait lieu de substituer un concours unique pour toute la France à ces concours régionaux. On y lit, sous l'article 5, que les candidats seraient nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury, et que les avancements de classe pourraient être accordés par le ministre, savoir : aux directeurs-médecins et médecins en chef, après trois ans de stage au minimum ; aux médecins-adjoints,

après deux ans dans la classe inférieure. On retrouve ces dispositions dans les arrêtés des 6 avril 1904 et 23 janvier 1906, relatifs à de nouveaux concours.

En résumé, il y a eu, depuis 1898, six concours régionaux en 1898, 1890, 1891, 1894, 1896 et 1900, ayant donné lieu à l'admission de soixante-dix-huit médecins; et, depuis 1902 : trois concours uniques en 1902, 1904 et 1906, ayant donné lieu à trente et une admissions.

Pour donner à ce mode de recrutement des médecins aliénistes une garantie complète, en l'améliorant encore par l'annalité du concours, un décret du 1er août 1906, était venu définitivement déterminer les conditions d'entrée, de cadre et d'avancement dans le corps des médecins des établissements publics d'aliénés en France.

Un nouveau concours ayant été fixé pour 1908, par arrêté ministériel du 6 novembre 1907, le décret du 1er août 1906 a été l'objet d'un complément par un décret du 26 novembre 1907;

3° Le décret de 1906 coupait court aux tendances séparatistes et particularistes ayant pour objet d'établir un régime spécial aux médecins des asiles de la Seine.

Mais ces tendances subsistaient. Elles se traduisirent dans l'adoption par le Conseil général de la Seine, à la date du 26 décembre 1906, d'un vœu de MM. Navarre et Patenne (*Bulletin municipal*, p. 4717).

On se prévalait dans ce vœu, de l'importance du service des aliénés dans le département de la Seine, où le nombre des malades représenterait le cinquième de la masse des aliénés de France, et celle du budget affecté à ce service, représentant le sixième de la masse des budgets départementaux. On y assimilait le groupement des asiles de la Seine à celui des hôpitaux de Paris, pour lesquels un concours a lieu à Paris. On reconnaissait qu'il y avait à faire « la part des droits acquis pour les médecins issus du concours de l'adjuvat »; en conséquence, on demandait « que l'administration étudie d'urgence les voies et moyens d'établir, pour les asiles de la Seine, le régime d'autonomie qui a été réalisé pour les hôpitaux de Paris, et le recrutement, par un concours spécial des médecins de ces établissements. »

Le préfet de la Seine, déférant à ce vœu, a soumis un rapport conforme au ministre de l'intérieur, le 21 mars 1907.

C'est dans ces circonstances que le même ministre, qui avait provoqué le décret du 1er août 1906, avait tout d'abord cru pouvoir prendre, à la date du 1er août 1907, un arrêté donnant toute satisfaction au Conseil général et au préfet de la Seine, en se référant simplement à ce vœu et au rapport précité.

Aux termes de l'article 1er de cet arrêté, le préfet de la Seine était autorisé à recruter, par un concours spécial, les médecins des asiles d'aliénés de la Seine. L'article 2 limitait ce concours, entre les médecins en chef et adjoints des asiles publics et asiles privés faisant fonction d'asiles publics, ayant deux années d'existence.

En exécution de cet arrêté, un nouvel arrêté ministériel du 12 septembre 1907 avait fixé les conditions du concours pour pourvoir de poste de médecin *en chef* des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Ces deux arrêtés ministériels détruisaient entièrement l'économie des décrets constituant le statut des médecins des établissements publics d'aliénés de France.

C'est pourquoi un certain nombre des exposants, directement atteints dans

leurs droits acquis, avaient déféré les deux arrêtés à la censure du Conseil d'État, comme entachés d'excès de pouvoir;

4° Sans même que ce recours lui ait été communiqué, M. le ministre de l'intérieur a reconnu qu'il avait mal procédé en prenant les deux arrêtés dont il s'agit et, par un décret du 12 décembre 1907, rendu sur sa proposition, l'abrogation de ces deux arrêtés vient d'être expressément prononcée (art. 19).

Mais M. le ministre a cru pouvoir maintenir, à quelques variantes près, le texte du second de ces arrêtés, en lui donnant la forme d'un décret.

Il est, d'ailleurs, à remarquer que ce décret, qui vise celui du 1er août 1906, n'en prononce nullement l'abrogation, et renferme simplement l'abrogation banale des dispositions contraires.

Or, il est incontestable que ce décret, bien qu'il ne vise que l'accès au poste de médecin en chef des asiles publics d'aliénés, alors que l'arrêté du 1er août visait, d'une manière générale, les médecins des asiles d'aliénés de la Seine, en instituant un concours spécial, aboutirait, en définitive, s'il était maintenu, au même résultat, les médecins des asiles de la Seine étant tous médecins en chef, à une exception près (19 médecins en chef, 1 adjoint).

En un mot, l'institution du concours spécial à la Seine, qu'on retrouve dans le décret du 12 décembre dernier, institue l'autonomie avec régime séparatif, tandis que le décret de 1906 avait consacré le régime unitaire, qui régnait depuis l'institution du concours, c'est-à-dire depuis 1888.

Le décret de 1907, en détruisant l'application de celui de 1906, porte directement atteinte aux droits acquis des médecins entrés dans la carrière par le concours de l'adjuvat.

C'est pourquoi les exposants défèrent ce décret à la censure du Conseil d'État, ainsi que l'arrêté pris pour son exécution, comme l'un et l'autre entachés d'excès de pouvoir.

DISCUSSION

5° L'ordonnance de 1839, à laquelle il faut avant tout se reporter, ayant mis les médecins des établissements publics d'aliénés à la nomination du ministre de l'intérieur, celui-ci a très valablement organisé le recrutement de ces médecins au moyen, d'abord, de concours régionaux, puis d'un concours unique. Il avait été stipulé, au premier cas, que les médecins-adjoints seraient appelés au poste supérieur *dans toute la France*, et cette stipulation était devenue inutile, depuis que le concours était devenu unique pour toute la France. Dans tous les cas, la voie du concours ouvrait ainsi une carrière unique dans toute la France aux médecins admis.

Le décret du 1er août 1906 avait sanctionné expressément et définitivement cet état de choses, en établissant (art. 6) un cadre unique, se recrutant par un concours unique, et en fixant les conditions de l'avancement. Mais il n'avait fait que régulariser ainsi l'état de choses ancien, c'est-à-dire le régime des concours remontant à 1888.

Or, cette unité de cadre et les conditions d'avancement qui s'y rattachent disparaîtraient totalement, si le décret attaqué était maintenu. Le cadre autonome des médecins de la Seine viendrait alors en quelque sorte chevaucher sur celui des médecins des asiles de France, le passage du cadre général dans celui spécial et séparé de la Seine étant soumis à un concours spécial.

Le décret bouleversait ainsi entièrement les conditions de l'avancement

formant le statut, sur la foi duquel les médecins des établissements d'aliénés sont entrés dans la carrière par le concours et y sont demeurés.

L'atteinte portée ainsi aux droits acquis par les médecins entrés dans les cadres par la voie du concours constitue incontestablement un excès de pouvoir. Ces cadres, organisés par les décrets précités, avaient la base légale des neuf concours, qui ont formé en quelque sorte contrat entre l'Etat et les candidats admis. C'est déchirer ce contrat que de leur enlever les conditions prévues de l'avancement, en les dénaturant dans leur essence.

6° L'organisation du recrutement de fonctionnaires par la voie du concours, implique nécessairement pour les fonctionnaires entrés par cette voie dans une administration, le droit de contester les nominations faites au mépris des conditions du concours (voir notamment les arrêts des 1er juin 1906, rédacteurs du ministère de l'intérieur, p. 515). Il y a en quelque sorte contrat entre l'administration et les candidats ayant satisfait aux conditions du concours, qui puisent là le droit de maintenir rigoureusement le statut servant de base à leur entrée dans la carrière. Un avancement uniforme dans toute la France était promis aux concurrents. Il serait inadmissible qu'une fraction notable des postes d'avancement leur fût enlevée ou, ce qui revient au même, fût subordonnée à des conditions nouvelles, telles que les éventualités d'un nouveau concours.

7° Au surplus, et très subsidiairement, les exposants font remarquer que les conditions du nouveau concours organisé par le décret attaqué, prises en elles-mêmes, sont inadmissibles et arbitraires, alors qu'elles s'appliquent à des fonctionnaires arrivés par le concours, et dont le Conseil général de la Seine lui-même entendait respecter les droits.

L'article 4 admet bien à concourir tous les médecins des asiles publics de France, mais, d'une part, il fait concourir ensemble médecins-directeurs, médecins en chef et médecins-adjoints; de plus, l'admissibilité au concours est subordonnée à une limite d'âge; enfin, il exige une occupation d'au moins deux années d'un poste dans un asile, expression qui manque absolument de précision, pouvant autoriser des abus. D'autre part, l'article 6, en spécifiant que la liste des candidats admis à prendre part au concours sera arrêtée par le ministre de l'intérieur, après avis du préfet de la Seine, subordonne les candidatures à un avis préfectoral et à l'agrément ministériel : ce qui peut rendre la voie du concours offerte aux intéressés comme purement illusoire.

Assurément, dans l'état actuel des choses, l'avancement des médecins des asiles est à la discrétion du ministre, mais autre chose est demeurer dans un poste, jusqu'à ce que le ministre reconnaisse qu'il y a droit à l'avancement pour le titulaire de ce poste, autre chose l'obliger, s'il désire avancer, à solliciter un avis préfectoral et l'agrément ministériel en s'exposant à un refus.

En résumé, si le recrutement séparatiste des médecins de la Seine peut être réclamé par des considérations plus ou moins spécieuses, ce nouveau régime ne peut, en tous les cas, rétroagir sur les droits acquis par les médecins des asiles issus des concours, qui leur assurent un statut et des conditions d'avancement déterminés; ils ont droit et intérêt à faire maintenir un état de choses qui constitue pour eux un droit acquis.

En conséquence, les exposants concluent à ce qu'il plaise au conseil :

Joignant le présent recours au recours n° 29549 devenu sans objet :

ANNULER le décret du 12 décembre 1907 et l'arrêté préfectoral du 9 janvier 1908 sus-visés;

Très subsidiairement, ANNULER les articles 4 et 6 dudit décret. Au provisoire, DIRE qu'il sera sursis à l'exécution desdits décret et arrêté, et au concours fixé au 6 mars prochain.

Production :
Décret et arrêté attaqués.

Signé : A. GOSSET.

Réponse de M. le ministre de l'intérieur

Paris, le 24 février 1908.

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL, MINISTRE DE L'INTÉRIEUR,
A M. LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ÉTAT

Vous avez transmis, le 20 février, un recours pour excès de pouvoir en date du 7 février formé par l'Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés. A ce recours pour excès de pouvoir est joint une demande de sursis pour le concours qui doit avoir lieu le 5 mars. Le recours est précédé d'un exposé historique des faits. Je n'ai pas d'observations à présenter sur cet exposé qui ne me paraît pas contenir d'inexactitude matérielle. Je crois, toutefois, faire remarquer que l'arrêté ministériel du 18 juillet 1898, invoqué comme constituant le statut des médecins-adjoints des asiles ne fournit pas un argument aussi fort que les auteurs du pourvoi paraissent le croire.

En effet, l'article 5 de cet arrêté est ainsi conçu :

« Les médecins-adjoints *pourront* être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France. » C'est donc un certificat d'aptitude qui leur est reconnu par cet article, et non pas un droit à tel ou tel poste d'avancement.

L'arrêté ministériel du 9 mai 1902, qui institua un concours unique pour toute la France, ne fournit pas davantage un argument pouvant permettre la cassation du décret du 12 décembre 1907. En effet, le concours ne donnait pas à ceux qui étaient admis, droit à tel ou tel poste déterminé ; il ne faisait que donner la capacité d'occuper un poste quelconque dans tous les asiles de France; il imposait simplement au gouvernement l'obligation de choisir entre les élus de ce concours lorsqu'il s'agissait de nommer à un poste d'avancement, sans spécialiser pour chacun d'eux des droits précis à tel ou tel poste.

Sous réserve de cette observation présentée à l'occasion de l'exposé historique des faits, j'aborde la discussion des arguments fournis à l'encontre du décret de 1907.

Tout d'abord, y a-t-il excès de pouvoir? — Non, un décret d'ordre général pouvant modifier un texte antérieur de même ordre.

Y a-t-il violation de droits acquis? — Oui, disent les auteurs du pourvoi.

Leur argument ne paraît toutefois pas avoir la portée qu'ils lui attribuent. En effet, il n'y aurait réellement atteinte aux droits acquis que si l'on admettait à participer au concours de la Seine, des médecins autres que ceux des asiles publics d'aliénés ou assimilés à ces derniers. Ce n'est pas le cas. Actuellement, lorsqu'il s'agit de pourvoir à une vacance dans un des établissements de la Seine, le ministre a la liberté de choisir le titulaire qui doit être appelé

à ces fonctions; il exerce ce choix dans des conditions d'indépendance absolue, conditions dans lesquelles il est possible à la faveur de jouer un certain rôle. Le ministre peut, ayant la décision dernière, s'entourer de tous les renseignements voulus pour que son choix soit le plus équitable possible. Comment pourrait-on critiquer qu'il s'entourât de cette garantie supérieure à toutes les autres, qui est celle résultant de l'établissement d'un concours, c'est-à-dire du procédé le plus sûr de faire une comparaison complète de la valeur respective des différents candidats. Comment ces derniers pourraient-ils se plaindre, puisque le régime nouveau n'augmente pas le nombre de leurs concurrents, d'une formalité qui impose plus sûrement le mérite au choix du ministre? On invoque, il est vrai, comme pouvant rendre purement illusoire la voie du concours ouverte aux intéressés, ce fait que les candidatures sont soumises à un avis préfectoral et à l'agrément ministériel. Mais, là encore, y a-t-il augmentation de l'arbitraire ministériel? Nullement. Comment procédait-on dans le passé? Une vacance se présentait dans un asile de la Seine; le ministre, avant de faire librement son choix, se préoccupait de deux éléments : d'abord de la valeur des candidats au point de vue hospitalier, administratif, social, et d'un certain nombre de considérations contingentes, ensuite, de la valeur scientifique de ces mêmes candidats. Il conserve avec le nouveau décret le droit, dont il usait pleinement jusqu'ici, d'écarter une candidature qui, sur le premier point, pourrait laisser à désirer. Il s'en remet, pour l'appréciation de la valeur scientifique, à un jury spécialement compétent. On voit bien les garanties qu'ont gagnées des candidats à ce nouveau mode de procéder. On ne voit pas celles qu'ils ont perdues. Il serait d'ailleurs superflu d'insister sur l'importance qu'il y a à donner à des candidats aux asiles de la Seine tous les moyens de mettre en valeur leur science médicale. Les asiles de la Seine, dont les incurables sont, en général, envoyés dans les départements, offrent aux médecins des sujets d'études et d'enseignement plus nombreux, plus variés que dans la plupart des asiles de province. Tout le monde doit donc s'accorder à reconnaître qu'on ne saurait rien négliger qui rehausse l'éclat du personnel médical traitant, dont le rôle, au double point de vue clinique et didactique, est de première importance.

Les auteurs du pourvoi soulèvent en dernier lieu la question du sursis au concours annoncé pour le 5 mars. J'estime que cette demande ne doit pas être accueillie, outre que le sursis ne leur donnerait aucun avantage puisque, en cas d'annulation ultérieure du décret du 12 décembre dernier, les opérations du concours projeté seraient annulées, il aurait cet inconvénient de susciter dans l'opinion une présomption favorable à cette annulation. C'est là une conséquence que le Conseil d'État lui-même voudrait sans doute éviter.

Telles sont, Monsieur le Président, les observations que j'ai à présenter à l'occasion du pourvoi que vous m'avez communiqué, et que je vous retourne sous ce pli.

Signé : G. CLEMENCEAU.

Réplique

POUR L'ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS ET CEUX DÉNOMMÉS AU RECOURS

M. le ministre prétend que l'arrêté de 1898, instituant le concours à la base de l'entrée dans la carrière, ne fournit pas un argument aussi fort que les exposants paraissent le croire, sous le prétexte que les médecins-adjoints ainsi

arrivés par le concours ne possèdent que la faculté de passer à un rang plus élevé; c'est un certificat d'aptitude qui leur est donné, dit-on, et non un droit à tel ou tel poste d'avancement.

Or, l'institution du concours a si bien créé un droit pour les médecins entrés par cette voie dans la carrière, qu'il serait impossible à l'administration, sans excès de pouvoir, de nommer à un poste quelconque un médecin qui n'aurait pas subi le concours. Le ministre pourrait, il est vrai, abroger l'institution du concours, mais, transitoirement, il ne pourrait modifier l'avancement appartenant aux médecins précédemment issus du concours, en les primant par un médecin nommé directement.

Ce qu'il ne peut pas faire par voie d'abrogation du concours, il ne peut le faire davantage, au moins transitoirement, en subordonnant l'avancement des médecins arrivés par le concours à des conditions restrictives, quelque justifiées qu'elles puissent lui paraître en elles-mêmes. Les exposants n'ont pas à examiner ici les motifs qui ont pu entraîner l'administration à prendre les mesures nouvelles, dont elle prétend faire une justification. Ils font les plus expresses réserves sur cette prétendue justification.

Ils se bornent à faire remarquer que : obliger les médecins à subir un nouveau concours entre concurrents de tout rang et de tout âge (tout en éliminant les médecins de plus de cinquante ans) pour parvenir à un avancement déterminé, leur imposer l'agrément pour ce concours, d'un préfet et du ministre, alors qu'ils sont nantis régulièrement d'un statut comportant l'avancement sans restriction, c'est, sinon paralyser, du moins rétrécir singulièrement l'avancement normal qui leur appartient. Il n'est pas besoin d'insister d'ailleurs pour montrer que la faveur qu'on prétend éliminer se donnera encore librement carrière pour l'obtention de l'agrément préfectoral et ministériel, et l'on pourrait ajouter qu'il est particulièrement injuste d'exclure les médecins de plus de cinquante ans, et de méconnaître les états de services de ceux qui ont passé l'âge habituel des candidats aux concours; mais il suffit de remarquer, qu'en définitive, il y a violation des droits acquis, en constituant un régime spécial pour les dix-neuf postes de médecin en chef particulièrement recherchés qui seront enlevés à l'avancement statutaire.

Ce que l'on fait aujourd'hui pour les dix-neuf postes de médecin en chef de la Seine, on pourrait le réclamer demain à Lyon, à Marseille ou dans tout autre grand centre, si le décret attaqué était maintenu. Bien mieux, on pourrait instituer un concours du second degré pour tout poste de médecin en chef. Rien ne s'y opposerait, si les considérations développées par M. le ministre étaient suffisantes.

Ces considérations fussent-elles justifiées pour l'avenir, ne peuvent, pour le passé, détruire l'état de choses contractuel qui est attaché au recrutement par voie de concours unique, avec avancement unique dans toute la France. « La capacité d'occuper un poste quelconque dans tous les asiles de France », pour reprendre l'expression de M. le ministre lui-même, implique le droit de faire tomber les mesures administratives qui apportent des conditions restrictives à l'exercice de cette capacité, en ce qui concerne un nombre important de postes, eux-mêmes très importants, de médecin en chef d'asile, et ce droit était d'autant plus formel, que l'arrêté de 1902 avait fait disparaître les concours régionaux en organisant un concours unique pour toute la France.

M. le ministre ne nie nullement que les médecins des asiles publics soient

de véritables fonctionnaires. Or, soutiendrait-on que chaque administration pourrait mettre au concours les postes administratifs de Paris ou d'une région déterminée, entre les fonctionnaires de même rang ou même de rangs différents ?

C'est exactement ce que fait le décret attaqué, en superposant un régime d'autonomie et de séparation pour Paris et la Seine sur le droit commun de la France, et en obligeant le personnel médical de tout rang et de tout âge, sauf les plus anciens qu'on élimine d'un trait de plume, à subir un nouveau concours pour pouvoir pénétrer dans la zone retranchée du surplus de la France, alors que ce personnel tenait du concours, dont il était issu, une aptitude légale à l'avancement sur tout le territoire français, sans distinction.

Les exposants persistent entièrement dans les conclusions de leur recours.

Signé : A. GOSSET.

Arrêt du Conseil d'État

(11 juin 1909)

Le Conseil d'État, statuant au contentieux,

Vu la requête présentée par l'Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés, etc... ;

Vu les observations présentées par M. le ministre de l'Intérieur en réponse à la communication qui lui a été faite de la requête ;

Vu le mémoire en réplique produit au nom de l'Association amicale ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier, etc... ;

Ouï en son rapport, M. Wurtz, maître des requêtes, ouï Me Gosset, avocat de l'Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés en ses observations, ouï M. Tardieu, maître des requêtes, commissaire du gouvernement en ses conclusions;

Considérant qu'à l'appui de leur demande d'annulation pour excès de pouvoirs du décret du 12 décembre 1907, et de l'arrêté préfectoral du 9 janvier 1908, pris en exécution de ce décret, les requérants soutiennent qu'ayant subi avec succès les concours d'adjuvat institués et réglementés par les arrêtés ministériels des 18 juillet 1888 et 9 mai 1902, et le décret du 1er août 1906, et ayant été nommés médecins adjoints dans des établissements publics d'aliénés, ils avaient, par là même, le droit d'être nommés aux fonctions de médecin en chef des établissements publics d'aliénés de toute la France, sans distinction ni restriction aucune; que le décret et l'arrêté attaqués devaient porter atteinte aux droits qui leur avaient été ainsi conférés par le concours d'adjuvat, en subordonnant à un deuxième concours spécialement institué à cet effet, l'obtention des fonctions de médecin en chef des asiles d'aliénés du département de la Seine;

Considérant que les droits aux avantages résultant pour les fonctionnaires d'une réglementation faite par des décrets et des arrêtés ministériels, restent subordonnés au maintien de ces décrets ou arrêtés, et qu'en l'absence d'une disposition législative ayant statué sur cet objet l'organisation fixée par un décret, peut valablement être modifiée par un décret ultérieur; qu'ainsi les requérants ne sont pas fondés à soutenir que les actes attaqués sont entachés d'excès de pouvoir.

Décide :

ARTICLE PREMIER. — La requête susvisée de l'Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés est rejetée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique

SÉANCE DU LUNDI 24 MAI 1909

Sur un cas de mort avec hypothermie dans la paralysie générale, par M. *André Collin*. — L..., âgé de quarante-trois ans, entre à Bicêtre, le 5 mars 1909. On porte à son entrée le diagnostic de paralysie générale.

Le début de sa maladie remonterait à dix-huit mois, les accidents aigus à trois jours. Depuis le temps, en effet, il est très excité et très agité, extrêmement loquace; il dort à peine quelques heures.

On essaye les calmants ordinaires, bains prolongés, chloral; mais une syncope qu'il eut après le premier bain prolongé tiède qu'on lui donna nous rendit très prudent dans l'administration d'une médication calmante.

Brusquement, en pleine période d'excitation, tous ces phénomènes cessent dans la nuit du 15 au 16 mars à deux heures du matin. Les différents procédés mis en œuvre pour le ramener à lui sont inefficaces; à sept heures, les membres supérieurs sont raides, la température est voisine de 34°. Le pouls est impossible à compter. L'auscultation du cœur fait entendre quinze à dix-huit systoles faibles par minute. Il meurt à quatre heures et demie de l'après-midi, le 16 mars, sans avoir repris connaissance, avec une température de 33°,8.

L'opposition de la famille empêcha de faire l'autopsie.

Nous ne proposerons aucune explication de ce phénomène et nous nous bornerons à rappeler que différents cas analogues ont été publiés M. Iscovesco, le professeur Joffroy, M. Marchand et que Ischen, de Berlin, fait remarquer que l'hypothermie extrême survient ordinairement avant un ictus paralytique ou après une agitation très intense.

Démence rapide chez une épileptique, par MM. *L. Marchand* et *H. Nouët*. — Sous le nom de démence épileptique, on entend l'affaiblissement intellectuel profond et irrémédiable qui survient chez certains comitiaux. Cette démence est quelquefois en rapport avec une augmentation évidente du nombre des accidents convulsifs ; dans d'autre cas, la démence survient à un moment de la vie du sujet où les accidents épileptiques cessent complètement ou deviennent seulement beaucoup plus rares. Ces observations de démence non accompagnée d'une recrudescence dans la fréquence des accès sont assez rares ; on ne peut prétendre que, dans ces cas, les lésions corticales, substratum anatomique de la démence, ont été produites par les accès épileptiques.

Les auteurs rapportent l'observation d'une femme, épileptique depuis l'âge de dix-huit ans, qui présente, à l'âge de vingt-six ans, un accès d'agitation avec négativisme, incohérence, logorrhée, impulsions vio-

lentes ; puis survient un état de calme relatif, au cours duquel la malade prend des attitudes cataleptoïdes et présente des idées de persécution.

Les crises comitiales, très fréquentes auparavant, deviennent plus rares. Après une légère amélioration de l'état mental, nouvel accès d'agitation avec amaigrissement rapide et gâtisme ; l'affaiblissement intellectuel devient profond en quelques semaines ; la parole s'embarrasse et la malade meurt dans le coma ; l'évolution de l'affection n'a été que de six mois. Cette démence à marche rapide a pour substratum anatomique des lésions méningo-corticales dont la pathogénie reste obscure.

La prédominance des lésions au niveau des lobes frontaux, l'infiltration des méninges, la sclérose corticale, la destruction des fibres tangentielles, l'intégrité relative des vaisseaux en forment les caractères principaux.

René CHARPENTIER.

Société d'hypnologie et de psychologie

SÉANCE DU MARDI 18 MAI 1909

A propos de quelques récentes publications sur l'incontinence d'urine. — M. *Paul Farez*. — 1° Plusieurs confrères ont soutenu à tort dans leur thèse, que l'hypnotisme est dangereux et qu'il a causé même des encéphalites mortelles ! Les mêmes opinions erronées sont reproduites servilement par les uns et par les autres, sans qu'aucun ne s'étonne de leur invraisemblance. Maniée par un médecin compétent et expérimenté, la suggestion hypnotique est inoffensive.

2° Les végétations adénoïdes ne sont pas la cause de l'incontinence ; leur ablation la guérit quelquefois, soit à la faveur du traumatisme qu'elle provoque, soit surtout à cause de la suggestion dont on l'a accompagnée.

3° Les traumatismes (physique, moral, chirurgical), ainsi que les maladies infectieuses (particulièrement les fièvres éruptives) tantôt suspendent et tantôt font réapparaître l'incontinence, suivant qu'ils ont pour effet d'atténuer ou d'accroître la profondeur du sommeil.

4° Le traitement communément recommandé, par l'atropine ou l'extrait de belladone à haute dose, mérite d'être totalement abandonné comme dangereux, puisqu'il diminue considérablement la diurèse.

5° C'est une faute de réveiller l'enfant plusieurs fois, chaque nuit, pour le faire uriner, car ainsi l'on habitue sa vessie à se vider trop fréquemment ; il faut, au contraire, entraîner les enfants à pouvoir garder leur vessie bien fermée pendant toute la durée de la nuit.

6° Les divers appareils préconisés, particulièrement ceux très ingénieux du docteur Genouville, n'agissent que par suggestion.

7° Toutes les interventions, les plus diverses et les plus bizarres, sont efficaces ou inefficaces, suivant que la suggestion les vivifie ou non.

8° La suggestion est le traitement de choix de l'incontinence : suggestion hynoptique (Berillon) où suggestion somnique, pendant le sommeil naturel (Paul Farez), avec la technique spéciale que comporte chacune de ces deux formes.

9° A elle seule, la suggestion suffit à combattre victorieusement le trouble du sommeil qui permet l'écoulement inconscient de l'urine pendant la nuit ; appliquée au traitement de l'incontinence essentielle d'urine, la suggestion donne régulièrerement des succès faciles, rapides et durables.

La valeur psychologique du signe pupillaire. — M. *D'Hôtel* (de Poix-Terron). — L'acquiescement suggestif s'accompagne d'un phénomène pupillaire spécial, d'un reflexe tout proche de la dilatation pupillaire de l'hypnose. Les pupilles contractées dénotent l'état de défense, l'hostilité ; les pupilles dilatées, l'état de réceptivité ou de suggestionnabilité. Le signe pupillaire doit être, en pédagogie, une indication de réceptivité à l'enseignement ; il dose l'attention de l'élève.

Les « danseurs de la Pentecôte ». — M. *Witry* (de Trèves-sur-Moselle). — La secte religieuse des « danseurs de la Pentecôte » s'est réunie le 1er mai, à Cardiff. Pendant trois heures durant, une nombreuse assistance s'est livrée à des cris, des gesticulations et des évolutions désordonnées dans le but d'être pénétrée de l' « esprit ». En réalité, il s'agit de manifestation d'hystérie collective.

Intoxication cocaïnique par les muqueuses de la face. — M. *Tarrius*. — Un étranger, de passage à Paris, en proie à des hallucinations auditives, descend à moitié nu dans le salon de son hôtel, brandissant un canif ouvert dont il menace ceux qu'il rencontre. Il est en proie à un accès de cocaïnisme avec idées de persécution, préoccupations hypocondriaques, fugue, etc. Pour combattre son asthme des foins, ce malade absorbait, depuis plusieurs années, de la cocaïne en solution concentrée par les narines, les gencives et les conjonctives. Les troubles cérébraux ont disparu avec la cessation du toxique.

La suggestion et son rôle en psychothérapie. — M. *A. Van Der Chijs* (d'Amsterdam). Liébault a bien montré que la suggestion est la clef de l'ancien magnétisme. L'état hynoptique exalte la suggestibilité. Certains nerveux dorment quoique paraissant éveillés. L'hypnotisme a ses indications et ses contre-indications tout comme n'importe quelle autre méthode thérapeutique. Le raisonnement et la persuasion sont pratiquement insuffisants, il faut y joindre l'hypnotisme et la suggestion.

VARIÉTÉS

L'enseignement antialcoolique

Le ministre de l'instruction publique a dernièrement adressé aux recteurs d'académie une circulaire leur rappelant que l'arrêté du 9 mars 1897 avait prescrit l'introduction, dans les programmes d'enseignement, de notions précises sur les dangers de l'alcoolisme.

Bien qu'une circulaire du 12 novembre 1900 ait instamment invité les maitres de l'enseignement à organiser des conferences pour dénoncer la gravité du fléau, le ministre a le regret de constater que les « résultats sont à peine sensibles ou nuls », et que certains maîtres semblent négliger complètement l'enseignement antialcoolique.

« Il me paraît indispensable, ajoute le ministre, que les maîtres de l'enseignement, à tous les degrés, soutenus par la ferme conviction de la gravité du fléau dont la France est aujourd'hui l'une des victimes les plus éprouvées, redoublent de vigueur dans la lutte contre l'alcool et l'absinthe.

« Vous voudrez bien, de votre côté, favoriser de tout votre pouvoir la création ou l'extension des sociétés scolaires de tempérance dans les établissements d'enseignement secondaire comme dans les écoles primaires ; leur affiliation comme sections aux ligues prospères déjà existantes en France, me paraît d'autant plus désirable qu'elles recevront de ces ligues les secours les plus variés, en vue de leur développement et de leur succès.

« Il importe de considérer que la constitution de ces sociétés scolaires n'a pas sa raison d'être exclusivement dans les écoles de garçons, comme on le croit généralement.

« Elle apparaît comme indispensable aussi dans les écoles de filles, car les femmes s'alcoolisent, moins que les hommes, il est vrai ; mais, en considération du rôle que la femme doit jouer plus tard, de l'influence prépondérante qu'elle doit exercer sur son entourage immédiat, sur son mari et sur ses enfants, il est indispensable qu'elle puisse posséder une solide formation antialcoolique et que, dès la jeunesse, on lui inculque l'aversion de l'alcool.

« Car l'acool, peut-être plus tard, si elle n'a pas appris à le combattre, détruira son foyer, la meurtrira dans ses affections, la froissera dans sa dignité, condamnera ses enfants à la déchéance ou à la mort. »

La circulaire ministérielle rappelle ensuite que d'autres pays nous ont donné, à cet égard, un exemple salutaire.

Le Gérant : G. DELARUE.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

LE DOCTEUR A. MOTET
1832-1909

4e Année N° 7 25 Juillet 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

AU CONGRÈS DE NANTES ET A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE « L'AMICALE »

Nous appelons tout spécialement l'attention des médecins des établissements publics d'aliénés de France sur l'intérêt que présente pour eux le Congrès de Nantes, où se discuteront, dans quelques jours, des questions scientifiques du plus vif intérêt et où, dans le même temps, des questions d'ordre professionnel et de pratique psychiatrique proprement dite seront examinées, comme il convient, à l'Assemblée générale annuelle et statutaire de leur Association amicale.

Ils trouveront, dans les pages qui suivent, de ce périodique, une série de travaux sur les principales questions que l'Assemblée générale de Dijon a décidé de mettre à l'ordre du jour de l'Assemblée générale de Nantes. Il s'agit de rapports dus aux collègues Archambault (de Tours), Charuel (de Châlons-sur-Marne) et Samuel Garnier (de Dijon), rapports qui, par leur publication même, avant la session de l'Amicale qui s'ouvrira le 3 août, à huit heures du soir, au siège du Congrès, permettront aux membres de l'Association de venir utilement à Nantes, discuter et solutionner les questions d'ordre corporatif, d'assistance et de pratique psychiatrique qui sollicitent leur attention.

A. A.

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS D'ALIÉNÉS

QUESTIONS INSCRITES A L'ORDRE DU JOUR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE NANTES

(3 Août 1909)

I

Rapports entre les médecins en chef et les directeurs administratifs

PAR LE DOCTEUR CHARUEL
(De Châlons-sur-Marne)

La question des rapports entre les médecins en chef et les directeurs administratifs est une de celles qui, dans le domaine des études sur la direction des asiles d'aliénés, ont déjà fait couler beaucoup d'encre et fourni le sujet de nombreuses discussions. C'est une question qui est toujours d'actualité et, il faut bien le reconnaître, qu'il est assez délicat d'aborder, parce qu'elle est essentiellement épineuse.

Tout Lorrain, comme moi, lui appliquerait bien volontiers et, je crois avec juste raison, le cachet de la vieille devise lorraine, le *Non inultus premor* nancéien, dont le chardon hérissé de dards semble recommander la prudence aux plus audacieux.

C'est, en effet, un sujet où il faut éviter d'éveiller les susceptibilités, de froisser les amours-propres, où toute question de personnalité doit être mise de côté, où le principe seul doit être discuté et l'impartialité régner en maîtresse. Pour examiner cette question, il faut se placer sur le terrain de la neutralité absolue et s'efforcer de s'y maintenir, et, avant d'ouvrir cette discussion, je tiens, comme médecin-rapporteur, à déclarer que ma qualité de médecin ne saurait me fournir un titre à la partialité et qu'il n'existe dans mon esprit aucune idée préconçue de préférence marquée pour le corps médical auquel j'ai l'honneur d'appartenir.

L'année dernière, au Congrès de Dijon, cette question ayant été mise à l'ordre du jour, plusieurs de mes confrères pensèrent que, ayant été directeur-médecin de l'asile d'Alençon pendant trois ans, puis médecin en chef à l'asile de Maréville près Nancy pendant dix-huit mois, poste que j'avais quitté pour reprendre la direction médico-administrative de l'asile de Châlons-sur-Marne, j'avais été à même d'apprécier les diffé-

rents régimes et me désignèrent, un peu malgré moi, comme rapporteur.

Il est bien certain, d'une part, que l'on sera toujours porté à accorder une compétence plus grande dans la discussion de cette question à un médecin qui aura rempli alternativement les fonctions de directeur-médecin et de médecin en chef. Et cela est d'autant plus naturel qu'il semble qu'on ne puisse véritablement juger une situation que lorqu'on l'a occupée, parce que, dans ce cas, on paraît plus qualifié pour en faire ressortir les avantages et les inconvénients.

Il est bien entendu, d'autre part, que ce n'est pas mon expérience personnelle seule qui me servira de base dans cette étude; cette expérience ne saurait venir qu'à l'appui des appréciations générales que j'ai recueillies auprès de nombreux confrères, dont les uns ont, comme moi, rempli les différentes fonctions de directeur-médecin et de médecin en chef, dont les autres n'ont exercé que l'une ou l'autre de ces fonctions, dont une partie ne compte que quelques années d'exercice et dont l'autre partie, au contraire, touche au terme de la carrière. J'ai donc puisé mes éléments d'information à différentes sources, et, sans avoir voulu recourir à la voie du referendum, qui est cependant le moyen le plus positif et le plus rationnel lorsqu'il s'agit de recueillir des avis et d'en tirer des conclusions, je crois pouvoir dire que mes investigations ont été assez nombreuses et m'ont donné des résultats assez concordants pour me permettre de déclarer que ce rapport sera l'expression du sentiment général des médecins aliénistes sur la question qui nous occupe.

Je disais, au début de ce rapport, que cette question avait déjà été l'objet de nombreuses discussions. Je citerai particulièrement parmi les plus récentes celle qui eut lieu à la Chambre des députés à la séance du 17 janvier 1907, lors des débats sur la proposition de loi relative au régime des aliénés.

J'ajouterai que, dans cette séance, la question fut, pour ainsi dire, mise au point et je crois que je ne saurais en faire un exposé plus clair qu'en transcrivant ici certains passages des débats auxquels prirent part des personnalités de haut talent, dont l'unique souci était d'assurer aux malades la plus grande somme de garanties matérielles et morales.

Je ferai donc là œuvre de copiste, mais, dans la circonstance, je crois faire œuvre utile; je conserverai en même temps l'avantage de rester sur le terrain de la plus stricte neutralité. (Consulter le *Journal officiel* du 18 janvier 1907.)

Ces extraits se rapportent à la discussion qui eut lieu à propos de l'article 6. Pour éviter de paraître trop long, je me contenterai de rapporter les passages les plus saillants.

« M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES, COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Prenez un grand asile de la Seine où se trouvent actuellement quatre ou cinq médecins en chef qui sont des

savants connus, ayant réputation consolidée, ayant à peu près même situation scientifique. La paix existe dans ces asiles. Pourquoi? Parce que, comme directeur administratif, il y a un homme qui ne s'occupe point des tendances médicales spéciales de ces divers savants, qui s'efforce de tenir une balance égale entre des hommes également compétents, mais qui peuvent se différencier très naturellement par leurs tendances scientifiques particulières.

« M. LE RAPPORTEUR. — Non, si l'ordre règne, c'est parce qu'il y a dans le département de la Seine une administration préfectorale vigilante, un conseil de surveillance d'une autorité incontestée; c'est parce que le préfet de la Seine et le préfet de police font inspecter constamment les asiles qui leur sont confiés et parce que le rôle du directeur y est tout à fait effacé. Il n'en est pas ainsi en province, notamment dans les asiles autonomes. Lorsqu'on est loin de ces organes d'inspection et de surveillance, c'est le désordre et l'anarchie.

« M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Il ne faut pas exagérer. M. le rapporteur dit : « C'est le désordre et l'anarchie. » Messieurs, toutes les fois que dans un établissement voisinent, vivent l'un près de l'autre et collaborent un certain nombre d'hommes, de petites difficultés se peuvent produire, tenant à leurs qualités ou à leurs défauts personnels beaucoup plus qu'à la limitation de leurs fonctions respectives. »

Plus loin :

« M. LE RAPPORTEUR. — L'inconvénient grave auquel faisait allusion tout à l'heure M. Mirman, de la juxtaposition du directeur et du médecin, c'est de créer dans l'asile deux chefs. Je sais bien qu'on me dira que ces deux chefs ont des attributions particulières. Le directeur a des devoirs de police générale dans l'établissement, le médecin a des devoirs plus spécialement afférents à la personne des aliénés. Mais, quelque attention qu'on y porte, quelque bonne volonté qu'on y mette, je pose en fait qu'il est absolument impossible de définir le domaine de chacun d'eux. (*Très bien! très bien! sur divers bancs à gauche*). Ils se pénètrent constamment et ce sont, à tout instant, des heurts et des chocs. Cela se comprend très bien. Il ne peut être pris dans un asile d'aliénés une mesure quelconque sans qu'elle revête un caractère médical, parce qu'elle concerne des malades.

« Je vais prendre quelques exemples rapides, pour vous faire voir, Messieurs, combien est grande la confusion des services, la confusion des autorités et par suite, ce qui est plus grave, la confusion des responsabilités...

« Je ne parle pas des asiles où la paix règne, où des hommes qui entendent mener à bien une œuvre commune cherchent l'accord sur tous les points ; je prends le cas où les amours-propres sont en jeu, et quelquefois, vous le savez, ils ne sont pas éveillés par les médecins ou

par les directeurs eux-mêmes, mais par des circonstances extérieures à leur rôle professionnel.

« Eh bien ! les inconvénients de ces petites luttes intestines sont très considérables, mais leur écho n'arrive pas souvent jusqu'au préfet et il ne parvient presque jamais jusqu'au ministre. Cependant, l'administration de l'asile en est troublée, et lorsqu'on se bat sur tous ces petits points particuliers, ce sont les malades eux-mêmes qui en pâtissent. (*C'est vrai! Très bien ! sur un grand nombre de bancs.*)

« Je viens de parler des gardiens, mais s'il s'agit des services de la cuisine, de la buanderie, s'il s'agit de l'organisation du travail dans l'asile, ce n'est que par l'accord absolu du directeur et du médecin juxtaposés que ces services peuvent fonctionner normalement. La moindre difficulté entre ces deux personnes rend tout fonctionnement presque impossible...

« ... En somme, je ne dis pas que ce soit toujours la faute du directeur ou toujours la faute du médecin, mais tous ces contacts, toutes ces obligations de collaboration intime rendent absolument nécessaire l'accord complet. Eh bien ! cet accord complet vous ne pouvez le réaliser que les deux fonctions sont réunies sur la même tête et entre les mêmes mains... »

« M. Albert Sarrault, *sous-secrétaire d'État à l'intérieur*. — ... Vous demandez, dites-vous, la direction du médecin afin d'empêcher des conflits, de mettre un terme à toute dualité de direction, à cette réunion de deux têtes sous un même bonnet, comme vous dites, qui peut, selon vous, amener des désordres continuels. Ce sont là des généralités et je voudrais bien qu'on m'apportât des faits précis. Vous dites que ces désordres sont très fréquents. Pour moi, je ne le crois pas. J'ai une expérience de ces questions, certes moins longue et moins sûre que la vôtre, mais cependant depuis un certain temps déjà je m'occupe d'elles d'une façon particulière et je n'ai pas vu que les conflits fussent aussi fréquents que vous semblez le croire. Ce n'est pas qu'on nous les dissimule, croyez-le : tout se sait et les rapports mensuels de nos préfets nous mettent nécessairement au courant des événements de ce genre ; mais ces rivalités ne sont pas fréquentes et la raison en est bien simple : c'est que, quoi que vous en disiez, la zone d'influence, le domaine de compétence et d'action de chacun des deux fonctionnaires, directeur et médecin, sont nettement délimités par le décret de 1839 et par le règlement intérieur de 1857. Les occasions de rivalité, d'empiétement réciproque, sont beaucoup moins nombreuses que vous ne le croyez, car chacun a ses attributions, ses fonctions que la loi détermine.

« J'ajoute que si vous vouliez avoir des garanties supplémentaires contre l'éventualité de ces conflits, elles pourraient vous être aisément données. Les règlements, qui suivront le vote de la loi et seront pris en vue de son application, pourront, en effet, délimiter d'une façon plus précise encore la sphère d'action de chacune des deux parties en pré-

sence, le directeur et le médecin, et de la sorte les risques de chocs et de heurts que vous craignez pourraient être réduits au minimum »...

Je m'excuse d'avoir fait d'aussi longues citations, mais celles-ci m'ont permis d'exposer sous leur vrai jour les sentiments divers de personnalités compétentes et documentées sur la question des rapports des médecins en chef et des directeurs administratifs.

En somme, il est un fait acquis (et il est facile de s'en convaincre par la lecture de ces extraits), c'est que, d'une façon générale, l'accord parfait est loin de régner entre l'autorité administrative et l'autorité médicale d'un même asile et le sentiment qui se dégage de ces débats est qu'il est désirable qu'à l'avenir ces rapports soient empreints de plus de cordialité, présentent moins de chocs et de heurts et qu'un lien de sympathie réciproque et d'entente commune tende à rapprocher deux autorités qui ont malheureusement trop souvent à l'égard l'une de l'autre une attitude plutôt hostile.

Cette attitude serait-elle exclusivement la caractéristique de l'état présent et, à des époques antérieures, lors des premières années de l'application de la loi de 1838 et du règlement du 20 mars 1857, existait-il plus d'harmonie dans les rapports entre les médecins en chef et les directeurs administratifs?

Je ne le crois pas, si j'en juge par ce qui a été déjà dit sur la question, car de tout temps on a eu à enregistrer plus ou moins violents et plus ou moins nombreux ces chocs et ces heurts dont il a déjà été parlé et qui sont si préjudiciables au bon fonctionnement d'un asile d'aliénés. Aussi bien est-ce pour cette raison qu'à maintes reprises a été discutée la question de la réunion sur la même tête des fonctions du directeur et de médecin en chef et que cette idée a rallié un nombre de plus en plus grand de partisans.

L'article 6 du nouveau projet de loi sur les aliénés en consacre, pour ainsi dire, le principe, puisque cet article commence ainsi :

« Art. 6. — Les asiles publics sont administrés, sous l'autorité du ministre de l'intérieur et des préfets des départements, par un directeur-médecin responsable. »

Vient à la suite le correctif suivant :

« Toutefois, le ministre peut, sur l'avis du conseil supérieur de l'assistance publique et du conseil général du département, ordonner la disjonction des fonctions de médecin et de directeur de l'asile public ainsi que de celles de médecin et de préposé responsable d'un quartier d'hospice. »

Comme, par le fait de cette adjonction, les directeurs administratifs et les médecins en chef seront encore appelés, comme à l'heure actuelle, à vivre côte à côte, la question qui nous intéresse est de savoir s'il est possible d'obtenir un accord parfait entre ces deux autorités et de faire totalement disparaître les causes éventuelles de conflit.

Pourquoi les autorités de directeur administratif et de médecin en chef présentent-elles presque toujours un caractère d'antagonisme ? Pourquoi ces deux autorités auxquelles les règlements semblent accorder une si grande liberté d'action, une si grande indépendance vis-à-vis l'une de l'autre, paraissent-elles avoir été plutôt créées pour se contrarier ?

Cette situation qui peut paraître extraordinaire trouve son explication dans plusieurs raisons.

Je passe sous silence et veux laisser ici de côté les faits particuliers, les questions d'amour-propre, les froissements inévitables, souvent créés par des interprétations erronées ou des racontars d'esprits malveillants, les petites difficultés d'ordre général auxquelles il a été fait allusion plus haut.

J'envisagerai surtout les raisons d'ordre fonctionnel.

En tête de celles-ci, je placerai la raison financière. A mon avis, c'est elle qui prime toutes les autres. Il est un fait à constater ; c'est que, quand un conflit éclate entre un directeur et un médecin en chef, c'est presque toujours pour une question d'argent. Le médecin, par principe, cherche la plupart du temps à apporter des améliorations dans son service, dans le but évidemment louable de donner plus de confort à ses malades. Il réclame tantôt une amélioration du régime, du couchage, tantôt des modifications dans la distribution des locaux, des appropriations dans ses quartiers, en vue d'assurer une meilleure hygiène. Il considérera ses propositions comme absolument justifiées et exigeant une solution immédiate et il rencontrera presque toujours devant lui, comme un obstacle lui barrant la route, le directeur se retranchant derrière la question crédit. Il faudra aborder cet obstacle, le tourner ou le franchir et c'est là, je crois, que se trouve la vraie pierre d'achoppement.

Avec deux autorités respectives, telles qu'elles sont reglementées aujourd'hui, faisant valoir chacune des droits respectables opposés, je ne vois pas la possibilité de faire disparaître, quant à présent, cette cause de division.

Entre l'une des deux, qui a toujours tendance à proposer des dépenses pour progresser vers le mieux au point de vue médical, et l'autre, qui se sent toujours portée à les restreindre en vue de réaliser le plus d'économies possible et d'équilibrer tout au moins un budget qui n'est pas sans donner du souci ; parce que ces deux autorités n'ont pas entre elles les mêmes affinités professionnelles et ensuite ne sont pas forcément obligées de concevoir de la même façon et que là où le médecin voit l'obligatoire le directeur ne voit souvent que du superflu, il y a un fossé qu'il me paraît difficile de combler, malgré l'appel pressant qu'on pourra adresser aux meilleures volontés.

Cette difficulté ne peut pas évidemment exister lorsque les fonctions

de médecin et de directeur sont réunies, la responsabilité étant unique et reportée sur une seule tête.

Il est encore une autre cause de division. C'est que, dans un asile où il y a directeur administratif et médecin en chef, l'autorité du directeur jouit aux yeux d'une foule de personnes, fonctionnaires, personnel subalterne, employés, familles même, d'un prestige qui éclipse à tel point l'autorité du médecin, que celle-ci, dans certains cas, semble ne pas exister.

Combien les malades eux-mêmes savent le faire sentir aux médecins lorsque ceux-ci, passant leur visite quotidienne, se trouvent dans l'impossibilité de donner satisfaction à certaines de leurs revendications, sous peine de se voir accusés de chercher à empiéter sur le domaine administratif. Le malade, lui, ne connaît que le médecin et il ne comprend pas qu'il puisse y avoir un autre chef que lui dans l'établissement.

Le médecin en chef a conscience de son impuissance; il sent qu'on est porté à avoir beaucoup moins d'égards pour l'autorité médicale que pour l'autorité administrative; sa dignité professionnelle éprouve des déceptions qui, souvent répétées, finissent par l'aigrir et sont de nature à créer des dissentiments.

Les directeurs administratifs considèrent trop le médecin en chef comme leur médecin en chef et ils parlent volontiers de lui comme de leur économe, de leur secrétaire, de leur chef de travaux, etc. Dans un asile où les fonctions sont divisées, il ne faut pas craindre de le dire, le médecin en chef n'exerce pas l'autorité morale qui devrait lui être dévolue. C'est là encore une cause de malentendus.

Il y a des exceptions, sans doute; mais je parle à un point de vue général et, en parlant ainsi, j'exprime le sentiment de la majorité.

Je ne m'étendrai pas outre mesure sur toutes les causes susceptibles d'apporter des perturbations regrettables dans les rapports entre les médecins en chef et les directeurs.

Il en est une cependant à laquelle on ne songe peut-être pas assez et sur laquelle je désire attirer tout spécialement l'attention des intéressés. Sa disparition apporterait peut-être un remède à la situation.

Certains esprits pourront trouver ma façon de juger un peu paradoxale, mais Jean-Jacques Rousseau disait lui-même : « J'aime mieux être homme à paradoxes qu'homme à préjugés. »

Nous sommes encore régis à l'heure actuelle par ce principe qu'il est de toute nécessité que les fonctions de directeur et de médecin soient nettement définies, aient chacune leur domaine nettement tranché, afin d'éviter tout empiétement préjudiciable et, par là même, tout malentendu et tout conflit.

Étant donnée la situation le plus souvent fâcheuse, due à la division des fonctions, en présence de laquelle se trouvent des hommes d'esprit également large et également ennemi de parti pris, il est permis de se

demander si ce n'est pas de cette séparation trop stricte que provient tout le mal.

Jusqu'alors on a cru bien faire; on s'est peut-être trompé. On a dit : « Chacun a ses attributions particulières... Quelque attention qu'on y porte, quelque bonne volonté qu'on y mette, il est absolument impossible de définir le domaine de chacun d'eux. Ils se pénètrent constamment et ce sont à tout instant des heurts et des chocs... »

S'il y a des heurts et des chocs, c'est peut-être précisément parce que la pénétration n'est pas assez intime, parce que l'éloignement est trop grand. Puisqu'il est admis que ce sont deux autorités juxtaposées, pourquoi leur faire envisager sans cesse la crainte de se superposer l'une à l'autre et leur mettre sous les yeux les articles du règlement limitant leurs attributions. Ces deux autorités devraient au contraire marcher de concert pour concourir au bon fonctionnement et, pour arriver à ce résultat, il me semble qu'une union intime, une union de tous les instants, soit pour ainsi dire nécessaire.

Avec le règlement actuel, il peut arriver qu'un médecin en chef et un directeur administratif restent huit jours, quinze jours, même un mois, sans s'adresser la parole.

Sous prétexte que le médecin pourrait prendre ombrage de sa présence dans les quartiers, le directeur s'abstiendra de s'y rendre, même quand sa présence y serait obligatoire, ne serait-ce que pour se rendre compte *de visu* de l'état de certains locaux.

D'un autre côté, pour éviter que le directeur puisse trouver déplacée sa présence dans les ateliers, qui relèvent directement de l'autorité administrative, le médecin en chef hésitera à se rendre auprès des malades qui travaillent dans ces mêmes ateliers, pour lesquels il les a lui-même désignés, et où il les verrait lui-même à l'œuvre.

Je cite ces deux exemples, je pourrais en fournir beaucoup d'autres, mais la liste en serait trop longue.

Je crois qu'au lieu de diviser, il faudrait unir. Il faudrait, dans un nouveau règlement, multiplier les points de contact, rendre obligatoires certaines réunions bihebdomadaires ou hebdomadaires, où directeur et médecin pourraient, à jour fixé, échanger leurs vues, s'exposer réciproquement leurs desiderata, étudier ensemble les perfectionnements à apporter dans l'organisation des services. Le directeur serait tenu d'accompagner certain jour le médecin chef dans tous les quartiers de malades et celui-ci lui ferait voir les défectuosités auxquelles il faudrait remédier et les améliorations à apporter. Le directeur pourrait, de son côté, consulter le médecin sur l'opportunité de telle ou telle mesure, touchant l'organisation des services intérieurs, l'affectation de tel ou tel crédit. Ils feraient, en somme, l'office de deux conseillers intimes, ayant chacun leur compétence particulière, leurs aptitudes spéciales, susceptibles de pouvoir se fusionner dans l'intérêt général.

Tous deux s'efforceraient d'avoir l'un pour l'autre les mêmes égards, se considéreraient comme vivant sur le même pied d'égalité avec leur autorité respective et, par le fait de cette collaboration amicale, on verrait peut-être s'ouvrir une ère nouvelle d'entente commune, profitable à tous, dont seraient les premiers à bénéficier les malheureux aliénés pour lesquels médecin en chef et directeur administratif ont été créés.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur ce sujet et, comme conclusion de ce rapport, je me sens naturellement porté à exprimer le désir que, dans le but de voir disparaître les difficultés trop fréquentes qui surgissent dans les rapports entre les médecins en chef et les directeurs administratifs, difficultés de nature à entraver le bon fonctionnement des asiles, il soit fait application, dans la plus large mesure, de la première partie de l'article 6 du nouveau projet de loi sur les aliénés que j'ai déjà cité : « Les asiles sont administrés sous l'autorité du ministre de l'intérieur et des préfets des départements, par un directeur-médecin responsable. »

Pour les cas exceptionnels, où la division des fonctions serait rendue nécessaire, il serait à souhaiter que, dans les rapports entre médecin en chef et directeur administratif, un nouveau *modus vivendi* intervint, élaboré par des autorités dont la compétence serait indiscutable, sous peine de voir se perpétuer indéfiniment une situation regrettable contre laquelle la critique continuera à s'exercer en vain, puisqu'elle sera incapable d'y apporter un remède efficace.

II

Rapports entre les médecins des quartiers d'hospices et les commissions administratives

PAR LE Dr PAUL ARCHAMBAULT
(de Tours)

Le rapport que j'ai l'honneur de vous présenter est un travail d'ensemble formé de matériaux puisés de tous les côtés auprès des médecins des quartiers d'hospices qui ont bien voulu faciliter ma tâche en me faisant connaître leurs opinions sur la question que l'*Amicale* a mise en discussion.

J'adresse à tous mes collègues mes bien sincères remerciements pour l'empressement qu'ils ont mis à répondre à mon appel.

Dans cette consultation, j'ai cru ne pas devoir m'adresser aux médecins des quartiers d'hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière qui se trouvent dans des conditions tout à fait spéciales.

Avant d'aborder la question des rapports des médecins des quartiers d'hospices avec les commissions administratives, il y a lieu de faire

remarquer combien les situations sont différentes, suivant qu'il s'agit d'un quartier d'hospice ou d'un autre.

Dans l'un, le médecin est seulement médecin ; dans un autre, le médecin est encore directeur ou préposé responsable. Dans certains quartiers, le directeur ou l'économe a les fonctions de préposé responsable ; dans d'autres, le préposé responsable est seulement préposé responsable.

Cette variété dans les attributions modifie forcément les rapports que les médecins ont avec les commissions administratives. De cette diversité des fonctions, découlent fatalement des situations dissemblables suivant les établissements. Cet état ne permet donc pas d'étudier d'une façon précise les rapports des médecins avec les commissions : ces rapports diffèrent avec chaque individualité et, dans l'examen de la question, des choses vagues et générales seules peuvent être considérées.

De cette première constatation, un désir s'impose : il faut souhaiter l'unification des attributions. C'est seulement quand les situations seront bien définies que les médecins des quartiers d'hospice pourront utilement discuter sur les voies et moyens à suivre pour améliorer les situations des malades qui leur sont confiés, et aussi leurs situations personnelles.

Dans l'état actuel, les rapports des médecins avec les commissions administratives sont, dans le plus grand nombre des établissements, extrêmement vagues : ils sont tout à fait insuffisants. Les médecins sont le plus souvent laissés en dehors : on semble les ignorer ou vouloir volontairement les tenir à l'écart.

Pour certains rouages administratifs, le médecin est la bête noire : c'est le monsieur qui n'est jamais content, qui réclame sans cesse, qui veut faire dépenser de l'argent. Il doit être éloigné, il ne faut pas qu'il soit en contact avec les membres de la commission, et tous les efforts tendent à l'empêcher de faire entendre sa voix. Il porte ombrage et on manœuvre en vue de l'amoindrir, même auprès du personnel et auprès des familles. Volontiers, on critique ses traitements : à son insu, on donne des renseignements médicaux aux parents, on contrôle même sa correspondance.

Tenu à l'écart, isolé, le médecin est en mauvaise posture ; s'il veut plaider une cause juste, le siège a été fait par avance, les choses ont été présentées sous un jour tendancieux, et, malgré ses arguments, il ne peut souvent réussir à faire prévaloir sa thèse. Trop souvent, aux questions d'ordre administratif ou financier, plus ou moins mises en avant, viennent s'ajouter des questions d'ordre intime. Des faits de peu d'importance, mais à tout instant répétés à l'occasion du service, finissent par tendre les rapports entre des individualités dont les attributions de fonction ne sont pas nettement limitées.

Ces petits heurts de tous les jours sont ignorés des administrateurs, qui n'écoutant qu'une cloche n'entendent qu'un son. Les absents ont toujours tort, et le médecin, bien que n'agissant que dans l'intérêt de son

service et de ses malades, voit ses démarches marquées au coin d'une suspicion vexatoire.

Il y a conflit presque permanent avec les employés de l'administration qui ne peuvent admettre d'autre autorité que la leur. Le personnel subalterne exploite cette situation et l'entretient même; il cherche à tirer profit de cette tension entre deux chefs dont il dépend et auxquels il fait des rapports plus ou moins sincères à l'effet de se faire bien voir.

Les commissions de surveillance établies par l'ordonnance royale du 18 décembre 1839 dans les établissements publics consacrés aux aliénés n'existent pas dans les quartiers d'hospices. Elles y sont remplacées par les commissions administratives des hospices civils qui font fonction de directeur. Ces commissions administratives sont elles-mêmes leur propre commission de surveillance. Composées de membres, les uns nommés par le préfet, les autres délégués par le conseil municipal avec le maire comme président-né, elles ont des attributions multiples. Pour les assister dans leur direction, elles nomment un représentant auquel elles donnent la qualité soit de directeur, soit secrétaire général, soit économe, soit préposé responsable, à charge à celui-ci de les tenir au courant des différents services dont ils sont réellement les directeurs.

Dans les asiles publics, lorsque la commission de surveillance se réunit, le directeur de l'établissement et le médecin en chef assistent aux séances. Dans les quartiers d'hospices, le médecin en chef n'est pas invité à venir assister aux séances. J'estime qu'il y a là un grand dommage qui peut être aussi préjudiciable à l'intérêt de l'établissement qu'à l'intérêt du médecin.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que datent les préoccupations de la situation des médecins auprès des commissions administratives. Je relève dans une circulaire ministérielle du 5 mai 1852, relative aux commissions administratives des hospices et des hôpitaux, les lignes suivantes : « Les préfets ont demandé si, dans les hospices où il existe des quartiers d'aliénés, il ne serait pas à propos d'autoriser les médecins de ces quartiers à assister aux séances des commissions avec voix consultative seulement, par analogie avec ce qui se pratique dans les asiles publics d'aliénés, en vertu de l'article 5 de l'ordonnance du 18 décembre 1839. Je ne vois aucun inconvénient à ce qu'il en soit ainsi, pourvu que ces médecins ne prennent part qu'aux délibérations qui intéressent directement ou indirectement le régime des aliénés. Leur intervention dans ce cas peut être utile pour éclairer les décisions. »

Dans une autre circulaire du ministre de l'intérieur du 20 mars 1857, relative au service intérieur des asiles d'aliénés, il est dit: « Le directeur et le médecin en chef doivent d'ailleurs assister aux séances et l'absence de ces fonctionnaires peut avoir, dans certaines circonstances, les plus graves inconvénients. »

Cette dernière prescription s'adresse, il est vrai, aux commissions de

surveillance et aux médecins des asiles publics. Mais, en réalité, les fonctions de médecin de quartier d'hospice ne sont-elles pas les mêmes que celles de leurs collègues ; il est de toute justice qu'ils puissent faire entendre de la même façon que les médecins d'asiles publics départementaux leurs desiderata médicaux aux commissions administratives qui sont dans la circonstance leurs commissions de surveillance.

Le médecin en chef des quartiers d'hospices qui, d'après le règlement, doit avoir l'entière direction médicale, ne l'a pas en réalité. On empiète trop souvent sur ses attributions, mais on le trouve très bon pour encourir des responsabilités quand il y en a à supporter. Il n'a pas l'autorité nécessaire : il n'aura cette autorité que lorsqu'il n'y aura plus d'intermédiaire entre lui et son directeur réel, la commission administrative. Le médecin devrait traiter directement, avec les administrateurs, toutes les questions qui entrent dans ses attributions.

Nommés par les commissions administratives, les médecins de quartiers d'hospices ont une situation excessivement difficile. Ils ne peuvent avoir aucune indépendance : ils sont les salariés de l'administration qui peut les casser aux gages et qui leur fait la situation qui lui plaît. Les circulaires ministérielles sont lettres mortes : on ne s'y conforme pas. Je cite pour mémoire le passage suivant de la circulaire du 2 juillet 1846 du ministre de l'intérieur relative aux asiles d'aliénés : « Quant aux médecins ou préposés responsables des quartiers d'aliénés existant dans les hospices, il y a à leur égard, pour qu'ils résident dans ces quartiers, les mêmes motifs qu'à l'égard des directeurs et médecins des asiles spéciaux, puisqu'ils sont chargés à peu près des mêmes fonctions et qu'ils ont la même responsabilité. Aussi doivent-ils jouir des mêmes avantages, du logement, du chauffage et de l'éclairage. »

Fonctionnaires semi-municipaux, ils ont froid ou chaud suivant que le vent souffle du nord ou du sud. Rien ne leur assure le lendemain, ils sont obligés de tout supporter sans se plaindre ; s'ils veulent trop demander, on leur laisse volontiers entendre que la porte est ouverte. Le résultat de cet état de choses est de décourager le médecin qui fait tout son devoir et qui souffre de son impuissance à provoquer des améliorations utiles aux malades. Fatalement, il doit se désintéresser et se soumettre au régime du laisser aller.

« Il peut, il est vrai (*Informateur*, février 1908), profiter de son rapport annuel pour signaler au préfet les défectuosités du service et les améliorations désirables, mais il ne doit pas oublier que ce rapport doit passer sous les yeux de la commission et que toute critique peut lui déplaire. »

« On ne néglige, du reste, aucune occasion de lui rappeler qu'il est tenu à la discrétion la plus grande vis-à-vis de la préfecture et du conseil général que l'on considère comme les pires ennemis de l'établissement. »

« Si, au contraire, n'écoutant que sa conscience et prenant en main la défense des malades, il signale aux représentants de l'assemblée départementale les inconvénients du service et les moyens d'y remédier, il rendra sa situation impossible et un jour ou l'autre il sera peut-être obligé de résilier ses fonctions. »

Je prends plaisir à adresser des louanges très méritées à la commission administrative des hospices de la ville de Nantes, dont nous sommes les hôtes si bien accueillis. Cette commission donne, depuis 1902, un exemple admirable de largeur de vue dans sa conception de ses devoirs hospitaliers. « Spontanément, écrit notre collègue, le docteur Biaute (*Informateur*, mai 1908), la commission des hospices de Nantes s'est dessaisie du droit de nommer les médecins. Après accord avec l'administration supérieure, il fut stipulé que les médecins de tout ordre, les médecins en chef et les médecins adjoints appartiendraient à l'avenir au cadre des médecins aliénistes. C'est-à-dire qu'ils auraient la même origine par le concours spécial, la même investiture officielle, le même avancement, les mêmes droits à la retraite sur les caisses départementales et qu'ils pourraient enfin être déplacés soit d'urgence, soit par suite de convenances personnelles. Avec ce mode de nomination, les médecins des quartiers de Nantes ont près de la commission la même indépendance que les médecins des asiles publics près des directeurs ». Notre collègue n'a que des compliments à adresser aux membres de sa commission administrative, nous l'en félicitons. Nous serions heureux de voir tous les médecins de quartiers d'hospices entonner ce même chant d'allégresse.

Malheureusement, bien des sons discordants se font entendre, l'harmonie générale est loin d'être parfaite et si les rapports individuels des médecins avec les membres des commissions administratives sont presque toujours d'une grande correction, les rapports administratifs se réduisent trop souvent à l'envoi de simples lettres de service dont les suites sont parfois ignorées. L'action du médecin est très limitée. Les questions qui intéressent son service sont traitées suivant les avis du représentant de la commission. Celui-ci seul assiste à la discussion et pèse de toute son influence sur la décision.

Pour amener la bonne entente, il faut que les médecins aient des rapports directs avec la commission. Dans les quartiers d'hospices où le médecin en chef est en même temps directeur et préposé responsable, partout où enfin un intermédiaire ne vient pas s'interposer, médecins et commissions administratives marchent d'accord et solutionnent les questions de la façon la plus heureuse pour nous.

Nous devons souhaiter que les commissions administratives suivent la voie tracée par la commission des hospices de Nantes. Ce souhait, nous l'espérons, deviendra bientôt, dans tous les quartiers d'hospices, une réalité. Déjà, la commission administrative de Tours, sous l'impulsion énergique qui lui a été donnée par un de ses membres, notre distingué

confrère Doutrebente, a pris la décision de nommer un médecin adjoint du cadre.

Le docteur Doutrebente, toujours intéressé à toutes les questions qui touchent les aliénistes, a été heureux de pouvoir, dans la circonstance, faire prévaloir les idées qu'il avait si brillamment soutenues à la réunion de Dijon : qu'il nous soit permis de lui adresser nos plus vives félicitations et nos biens sincères remerciements : c'est un premier pas vers l'unification.

Je dois encore ajouter que c'est grâce à l'intervention active de ce confrère, que l'hôpital de Tours est doté d'une caisse de retraite pour le personnel hospitalier.

Comme conclusion à cet exposé de la situation des médecins de quartiers d'hospices, je crois devoir émettre les vœux suivants qui sont soumis à la discussion et que le bureau de l'Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés de France voudra bien présenter et appuyer près des pouvoirs compétents :

1° *Les médecins des quartiers d'hospices devront avoir avec les commissions administratives les mêmes rapports que les médecins d'asiles publics avec les commissions de surveillance.*

2° *Les médecins des quartiers d'hospices, remplissant les mêmes fonctions que les médecins d'asiles publics, devront jouir des mêmes prérogatives, des mêmes traitements progressifs, des mêmes avantages en nature, des mêmes droits à la retraite.*

3° *Bien que nommés par les commissions administratives, ils devront seulement dépendre de l'administration supérieure.*

III

Des rapports entre les médecins directeurs, les médecins en chef et les commissions de surveillance

Par le docteur SAMUEL GARNIER
(de Dijon)

L'ordonnance du 18 décembre 1839 qui, aux commissions administratives des hôpitaux et hospices, gérant collectivement et gratuitement les biens et assurant le fonctionnement de ces établissements, a substitué, dans les asiles d'aliénés, un directeur salarié et chargé de tous les actes d'administration, a institué en même temps le contrôle et la surveillance de ce fonctionnaire par la création d'une commission gratuite de cinq membres.

De la mise en jeu de ces deux organismes, dont l'un, responsable, exécute et l'autre conseille, résultent des rapports constants qui se pénètrent réciproquement et dont il s'agit de préciser le caractère et

l'étendue. Comme, d'autre part, suivant que le directeur se trouve en outre chargé ou non du service médical, ces rapports se subdivisent encore, dans ce dernier cas, par leur extension à un deuxième fonctionnaire responsable, j'ai nommé le médecin en chef de l'établissement, il s'ensuit que les points de contact de celui-ci avec la même commission sont également à mettre en relief.

Le mécanisme administratif et médical se composant ainsi de trois rouages, je vais examiner quels sont les rapports du directeur, médecin en chef ou non de l'établissement, avec la commission de surveillance qui doit l'assister dans sa tâche, et, indépendamment, de ceux qui, lorsque les fonctions de directeur et de médecin sont séparées, existent entre le médecin en chef et la même commission.

Quelques détails sont préalablement nécessaires sur la composition de cette commission de surveillance, son mode de recrutement et l'étendue de ses attributions.

Fixée à un minimum de cinq membres, la commission de surveillance d'un asile est entièrement nommée par le préfet du département, et la révocation d'un de ses membres ne peut être prononcée que par le ministre, le préfet n'ayant, vis-à-vis de lui, qu'un pouvoir de suspension provisoire. Le renouvellement de cette commission se fait par cinquièmes, et le membre sortant est désigné par ses collègues d'année en année, dans la séance de décembre. Il ne saurait être douteux que le minimum de cinq membres pour composer la commission puisse être dépassé, et il en est ainsi dans la Côte-d'Or, où deux membres ont été nommés en sus du nombre habituel. Dans la Seine, il n'existe qu'une seule commission de vingt et un membres pour tous les asiles de ce département.

Quant à la composition elle-même de cette commission, elle est essentiellement variable d'un asile à un autre. Tout d'abord, comme il n'y a pas incompatibilité légale entre les fonctions de membre de la commission et celles des fontionnaires de l'article 4 de la loi de 1838, les préfets peuvent, s'ils le jugent à propos, choisir ceux-ci comme membres, bien qu'il serait préférable de les prendre ailleurs. La diversité de composition des commissions de surveillance résulte surtout de considérations locales qui influent sur le choix de MM. les préfets. Composée ici mi-partie de conseillers généraux, mi-partie de fonctionnaires, alors que là elle ne comprend ni conseillers généraux, ni fonctionnaires, la commission de surveillance n'est pas toujours sélectionnée d'une façon heureuse quand elle comprend, par exemple, des inspecteurs départementaux de l'assistance publique, qui, non seulement, ne peuvent avoir l'indépendance désirable, mais sont appelés ainsi à contrôler un fonctionnaire du même département ministériel ou des notaires en exercice dans la ville ou dans le rayon où se trouve situé l'asile, qui, à un moment donné, peuvent être appelés à rédiger, au nom de l'asile, des actes authentiques dont ils ont eu, comme membres de la commission, à décider par-

fois l'opportunité. Sans doute, de nombreux cas particuliers existent ainsi où, en l'absence d'incompatibilité légale à les nommer, une véritable incapacité morale devrait cependant les écarter des fonctions de membres des commissions, et notamment ceux dont l'intérêt particulier pourrait se trouver en conflit avec ceux qu'ils ont pour mission de soutenir. A ce point de vue même, il y aurait avantage à ne pas faire un recrutement parfois exclusivement local, mais à l'étendre à tout le département. Aussi, la formule d'après laquelle devrait, à mon sens, se régler le choix des membres d'une commission de surveillance, c'est que ceux-ci devraient, avant tout, être indépendants par leur situation, et n'être pas pourvus de fonctions ou d'emplois pouvant influer sur les déterminations qu'ils auraient à prendre au sein de la commission dont ils feraient partie. S'il en était ainsi, se trouveraient surtout écartés les négociants locaux, tant qu'ils se livrent personnellement à leur commerce dans l'arrondissement de situation de l'établissement.

L'étendue des pouvoirs de la commission, au sein de laquelle sont-chaque fois qu'elle siège, appelés à titre consultatif, soit le directeur, médecin, soit le directeur et le médecin en chef, a été fixée par l'article 4 de l'ordonnance de 1839. D'après cet article, la commission est appelée, indépendamment de la surveillance générale dont elle est légalement investie sur toutes les parties du service, à délibérer par voie d'avis « sur le régime intérieur, sur les budgets et les comptes, sur les actes relatifs à l'administration, tels que le mode de gestion des biens, les projets de travaux, les procès à intenter ou à soutenir, les transactions, les emplois de capitaux, les acquisitions, les emprunts, les ventes ou échanges d'immeubles, les acceptations de legs, de donations, les pensions à accorder s'il y a lieu, les traités à conclure pour le service des malades ».

Cette énumération des cas où la commission intervient par voie d'avis n'est pas limitative, et s'il y avait lieu de faire quelque acte non prévu, la commission devrait en être d'autant mieux saisie qu'aucune partie du service ne doit échapper à ses investigations. L'obligation d'ailleurs de soumettre tous les cas, quels qu'ils soient, à la commission, n'existerait-elle pas, qu'il y aurait intérêt pour le directeur à le faire, sa responsabilité étant ainsi toujours abritée.

Les séances de la commission doivent avoir lieu mensuellement, mais si les besoins du service l'exigeaient, elles pourraient, sans nul doute, être plus multipliées. A qui incombe le soin des convocations aux séances ordinaires, puisque, dans les cas extraordinaires, il revient aux préfets et sous-préfets? Strictement, c'est au président à réunir ses collègues, mais l'ordre du jour de la séance est tracé par le directeur, et, habituellement, c'est celui-ci qui se charge des convocations, au nom du président.

De ce que la nomenclature des questions à traiter dans la séance du mois est ainsi établie par le directeur, il ne s'ensuit pas que la com-

mission ne puisse s'occuper de questions en dehors de l'ordre du jour. Le directeur et le médecin en chef, si les fonctions sont distinctes, devant même se retirer de la séance au moment où la commission délibère sur les comptes de l'administration, et sur les rapports qu'elle pourrait avoir à adresser directement au préfet, il devient évident que la commission reste ainsi toujours maîtresse de son ordre du jour et peut notamment délibérer sur toutes les questions qu'il lui plaît d'examiner. Il va de soi que, dans une séance extraordinaire, elle ne pourrait s'occuper que de la question qui a pu motiver sa réunion, mais il n'est pas davantage douteux que, dans une séance ordinaire, bien que la question ne soit pas inscrite à l'ordre du jour, le directeur puisse être questionné sur un détail quelconque de son administration.

Les délibérations de la commission, prises à la majorité de ses membres, sont transcrites sur un registre après qu'elles ont été rédigées par un membre faisant office de secrétaire, et remises au directeur chargé de la garde des archives. Parfois, le directeur, à l'aide de notes prises en séance, rédige lui-même le procès-verbal et le soumet au secrétaire avant sa transcription au registre des délibérations. A cet égard, un *modus faciendi*, variable d'un asile à un autre, s'est peu à peu établi, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'insister sur ce point de détail.

En résumé, la commission donne son avis sur tous les actes relatifs à l'administration, peut même délibérer hors la présence du directeur et du médecin en chef, adresser directement l'avis qu'elle a émis au préfet, et, si le droit de conseil, qu'elle possède en propre, est épuisé une fois le conseil donné, il n'en est pas moins certain qu'elle peut encore surveiller si les actes du directeur sont conformes à la loi, au règlement, et aux intérêts de l'établissement.

Le directeur et le médecin en chef n'ont, au sein de la commission, que voix consultative. Au directeur appartient plus particulièrement le rôle de rapporteur des affaires à solutionner. Il expose la question au point de vue administratif, et la discussion, dirigée par le président, qui sollicite, s'il y a lieu, l'avis du médecin en chef, quand l'affaire a un côté médical, se termine par un avis sur le cas dont il s'agit. Dans l'avis à émettre, par exemple, sur les propositions budgétaires du directeur, il se peut que celles-ci n'obtiennent pas l'adhésion de la majorité de la commission, et que, pour un crédit proposé, il y ait divergence sur sa quotité entre elle et le directeur. Dans ce cas, celui-ci peut maintenir ses propositions, quoique contraires à l'avis de la commission, l'autorité qui règle le budget étant le juge suprême. La commission dépasserait encore, notamment, la limite de ses pouvoirs si elle voulait présider aux adjudications, entendait fixer le prix maximun des lots de fournitures à adjuger, intervenir dans le choix des infirmiers, etc. Elle contrarierait ainsi l'action du directeur, toujours responsable, sous l'autorité du préfet, des mesures qu'il juge bon de prendre.

On conçoit aisément que, dans ces conditions, les rapports entre le directeur et la commission sont, pour ainsi dire, de tous les instants et nécessairement fort délicats. Comme, d'autre part, la surveillance de la commission doit s'étendre à toutes les parties du service de l'établissement, c'est elle qui, dans la séance de janvier, charge plus particulièrement tel ou tel de ses membres de surveiller l'économat et la recette, si les fonctions de receveur et d'économe sont distinctes, et délègue tel autre à l'administration provisoire des biens des malades non interdits. Les rapports qui s'établissent nécessairement entre ce dernier et le directeur se multiplient alors, en dehors même des séances, et, journellement, le membre administrateur provisoire doit s'entendre, non seulement avec le directeur, mais encore avec le médecin en chef, pour la gestion du patrimoine de l'aliéné, dont les intérêts sont confiés à sa vigilance.

Les rapports du directeur-médecin, envisagé comme directeur seulement, soit avec la commission de surveillance, soit avec ses délégués, sont, de toute évidence, plus fréquents et plus importants que ceux du médecin en chef. Celui-ci, en effet, surtout quand ses fonctions sont séparées de celles de directeur, n'ayant rien à administrer, n'est appelé, lors des réunions de la commission auxquelles il est convoqué, qu'à formuler son opinion et à faire, s'il y a lieu, ses réserves sur les questions administratives qui soulèvent des observations d'ordre médical. C'est ici que la dualité des fonctions apparaît vraiment comme pleine de périls, au point de vue de la bonne harmonie, et il faut certainement que ces deux fonctionnaires, à la tête l'un du département administratif, l'autre du département médical, soient, l'un pour l'autre, animés de bienveillante courtoisie pour que la commission de surveillance ne soit pas le témoin attristé de conflits qui s'apaisent difficilement et à la surface, et d'autant plus aigus que, parfois, le directeur est docteur en médecine.

Le compte rendu du service médical étant soumis à la commission de surveillance, le médecin en chef expose devant elle, dans ce document ou verbalement, tous les desiderata qu'il juge utile de formuler. Il peut réclamer, au besoin, les modifications du régime alimentaire et de la vestition, les réparations et les aménagements qu'il croit nécessaires, soit des localités, soit des services. Au point de vue médical, il a le droit de porter devant la commission toutes les questions qui lui paraissent bonnes à être étudiées et solutionnées, mais il doit le faire avec mesure et tenir compte des nécessités budgétaires. A l'exception du cas où il doit se retirer quand la commission délibère sur son compte rendu médical annuel, le médecin en chef assiste, au sein de la commission, à la discussion de toutes les questions portées devant elle. Sa présence se justifie par la nécessité évidente de recueillir son avis préalable sur tout ce qui touche à l'hospitalisation de l'aliéné. Les projets d'aménagements à introduire dans les bâtiments, qui, *a priori*, sembleraient devoir échapper à cette

règle, y rentrent même à tous égards, et on comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, qu'en dernière analyse c'est le médecin en chef qui devrait avoir le rôle le moins effacé dans la commission, tandis que c'est le contraire dans la pratique. Ceux qui ont vécu sous le régime de la séparation des fonctions en province, car, dans la Seine, la multiplicité des emplois de médecin en chef crée une situation exceptionnelle au bloc médical, peuvent apprécier le bien-fondé de mon opinion et dire si j'ai tort ou raison. Ne voulant pas empiéter ici sur une question qui sera de nouveau soumise à vos délibérations, je ne fais que l'effleurer incidemment en répétant que le régime de la dualité des fonctions médico-administratives est une complication nuisible et onéreuse dans le mécanisme du bon fonctionnement d'un asile d'aliénés.

Les rapports de la commission de surveillance avec le directeur, quand il est en même temps médecin en chef, sont certainement beaucoup plus faciles et plus aisés que lorsqu'il y a un médecin chef et un directeur. Mais, il ne faut pas l'oublier, c'est la commission de surveillance qui est la pièce maîtresse de la machine médico-administrative ; c'est devant elle qu'en fin de compte, bien qu'elle ne procède que par avis, aboutissent toutes les questions dont se compose le développement et la vie d'un asile. Aussi a-t-on pu la comparer à une arme à deux tranchants, susceptible de blesser ainsi plus facilement celui qui s'en sert. Avec l'adhésion de la commission, toutes les réformes, tous les projets sont susceptibles d'aboutir ; sans un avis favorable de la commission, il est impossible d'entreprendre la moindre chose, car, par une délibération contraire aux vues communes du directeur et du médecin en chef, elle place une sorte de cran d'arrêt qui paralyse toute action d'initiative. Quand les rapports d'un directeur, médecin-chef ou non, avec la commission arrivent ainsi à perdre petit à petit la souplesse nécessaire à leur mise en jeu normale, la tension devient telle qu'un changement de direction est la seule solution d'un pareil état de choses.

IV

Recrutement du personnel infirmier dans les établissements d'aliénés

Pour ce rapport du collègue *Charon* (d'Amiens), déjà publié l'an dernier, et qui est cette année à l'ordre du jour de l'assemblée de l'Amicale, voir *l'Informateur* n° 7, 1908, et le *Bulletin officiel* de l'Association.

NOTICE NÉCROLOGIQUE

A. MOTET

(1832-1909)

Motet (Auguste-Alexandre) est mort à Paris, le 11 mars dernier; né à La Flèche, le 7 septembre 1832, il était par conséquent dans sa soixante-dix-septième année. Il commença ses études médicales à Angers et vint les terminer à Paris. Il concourut pour l'internat des hôpitaux et fut nommé interne provisoire dans les premiers. Il passa son année dans le service de Jean-Pierre Falret, à la Salpétrière; il y rencontra Ch. Lasègue et Jules Falret, avec lesquels il se lia d'une amitié qui dura jusqu'à leur mort. Il abandonna le concours pour entrer comme interne dans la maison de santé fondée par Belhomme, rue de Charonne, et que dirigeait alors son compatriote le docteur Archambault, et le gendre de celui-ci, le docteur Mesnet.

En 1859, il soutint sa thèse de doctorat, puis s'installa rue de la Michodière, dans l'intention de se faire une clientèle de médecine générale; il n'y resta que deux ans. Le docteur Archambault, étant tombé gravement malade, demanda à son ancien collaborateur, dont il appréciait fort les multiples qualités, de venir seconder son gendre. Motet rentra donc dans la maison de la rue de Charonne, en qualité de médecin résident; plus tard, il en devint codirecteur avec Mesnet, puis seul directeur en 1886. Sur le tard, seulement il se décida à prendre un repos bien gagné, et choisit pour lui succéder les docteurs Taty et Vurpas.

On peut dire qu'il fut un parfait médecin aliéniste. Il traitait ses malades avec une grande douceur et les soignait avec une scrupuleuse attention : obtenir leur guérison ou, tout au moins, assurer leur bien-être, était sa constante préoccupation; dans ce but, il ne craignait pas de s'occuper des moindres détails de la maison.

D'une manière générale, il était bon pour les vaincus de la vie, mais particulièrement pour ceux appartenant à la profession médicale. Plus d'un malheureux confrère, frappé d'aliénation mentale, trouva chez lui des soins aussi vigilants que désintéressés.

Il avait de ses devoirs et de sa responsabilité une si haute opinion qu'il ne consentit jamais à s'en décharger sur aucun de ses collaborateurs. Pour lui, les vacances n'existaient pas. Se décidait-il, par hasard, à faire un voyage, à se rendre à un congrès, à peine avait-il quitté Paris depuis quelques jours, qu'il était pris d'inquiétude au sujet des malades confiés à ses soins et qu'il se hâtait de rentrer auprès d'eux.

Les familles appréciaient fort son dévouement et son affabilité ; au surplus, elles trouvaient en lui un conseiller avisé, un guide sûr au milieu des mille difficultés que peut créer la folie d'un père, d'un mari, d'un chef d'industrie ou de maison de commerce. Pour toutes ces raisons, sa clientèle était nombreuse et fidèle.

Motet fut pendant quelques années médecin de la Petite Roquette, consacrée aux mineurs. Ces jeunes détenus, dont un grand nombre sont à la fois des vicieux et des anormaux, l'intéressaient beaucoup ; mais, trop occupé de par ailleurs, il résigna ses fonctions.

C'est surtout comme médecin légiste, que Motet avait acquis une grande et légitime réputation. Nommé expert pour les maladies mentales près le tribunal de la Seine, en 1868, il conquit bien vite la confiance des magistrats. Ayant des aliénés cette connaissance profonde que donne seul un contact permanent et prolongé avec eux, il s'entendait à merveille à scruter et à reconnaître l'état mental de la personne soumise à son examen. Il exposait ensuite le résultat de ses recherches avec méthode, dans un style à la fois clair et élégant, car il avait de la forme au moins autant de souci que du fond ; aussi, dans ses rapports médico-légaux, on ne sait vraiment ce qu'il faut le plus admirer, de la finesse de l'observation clinique ou de la pureté du langage.

A la cour d'assises, il savait encore, pour parler aux jurés, trouver des expressions simples et précises, tout en conservant à la phrase une belle tournure. Malheureusement, sa voix un peu faible ne portait pas suffisamment dans la grande salle d'audience, en sorte que son éloquence ne pouvait être appréciée que des auditeurs les plus proches.

Motet avait du rôle du médecin expert une opinion très haute, et il a résumé les règles de l'expertise en matière d'état mental en quelques phrases lapidaires qui valent d'être reproduites :

« La médecine légale des aliénés, a-t-il écrit, avec les intéressants problèmes qu'elle est chaque jour appelée à étudier et à résoudre, est une des branches les plus importantes de la médecine légale prise dans son ensemble. Elle est singulièrement attachante, et si variée qu'on peut dire que chaque cas présente ses particularités qui doivent être mises en lumière. Sans doute, il importe de déterminer à quel groupe, à quelle forme appartient le cas soumis à l'examen ; cette précision clinique est au début de toute expertise médico-légale ; c'est elle qui guidera dans les recherches ; c'est elle qui éloignera les chances d'erreurs. Quand le médecin qui sait comment se détermine un aliéné appartenant à un type nettement défini aura, dans une observation sévère, analysé les symptômes d'un trouble mental, il pourra s'élever à la notion des mobiles qui auront amené l'aliéné à commettre l'acte qualifié crime ou délit.

Dans les cas simples, les difficultés ne sont pas grandes; mais il en est des compliqués où les perversions des sentiments et du caractère peuvent tout d'abord paraître ne pas différer beaucoup de manifestations qui ne sont pas pathologiques. C'est alors que l'étude doit porter sur l'ensemble de toute une existence, que les conditions défavorables créées par une hérédité morbide, par une éducation mauvaise, par des habitudes, devenues si communes aujourd'hui, de l'abus d'agents toxiques, doivent être appréciées une à une, afin que les défaillances de la volonté, les impulsions qui les suivent, la perte de la conscience et de la valeur morale puissent être rigoureusement démontrées. Nous ne devons jamais oublier que nos conclusions doivent être assez claires, reposer sur des déductions positives assez évidentes, pour que la conviction du magistrat qui nous consulte s'établisse sans effort. La véritable mission du médecin expert dans les questions relatives à l'aliénation mentale est surtout de rattacher l'acte incriminé à un état pathologique antérieur, de montrer qu'il est tout entier sous sa dépendance, qu'il s'explique par l'influence de causes différentes de celles qui, chez les individus normaux, deviennent des mobiles d'action. »

Ces règles, Motet les observait lui-même avec une scrupuleuse rigueur, prêchant d'exemple; il fut un expert accompli et l'on peut dire, sans aucune exagération, qu'avec lui a disparu le représentant le plus autorisé en France de la médecine légale des aliénés.

Pour ma part, j'ai perdu en sa personne un maître excellent. Il guida mes premiers pas dans la carrière si épineuse de médecin expert et, par la suite, il ne me marchanda jamais ni ses encouragements ni ses précieux conseils. Que de fois, effrayé de l'étendue de ma responsabilité, en face d'une grosse affaire médico-légale qu'allait me confier un juge d'instruction, n'ai-je pas demandé à ce magistrat de commettre Motet avec moi! jamais il ne me refusait son concours. Que de fois, aux prises avec les difficultés d'une expertise particulièrement délicate, ne suis-je pas allé, dans son cabinet de la rue de Charonne, réclamer les lumières de son expérience! son accueil était, en toutes circonstances, bienveillant et même cordial; après m'avoir écouté avec attention, il me donnait son avis autorisé, et si, en le quittant, je n'emportais pas toujours la solution du problème que j'étais venu lui soumettre, je savais au moins dans quelle voie il me fallait la chercher.

Motet a fait partie de plusieurs sociétés savantes; dans toutes il a marqué son passage d'une empreinte ineffaçable.

Dès 1862, la Société médico-psychologique de Paris l'accueillait comme membre titulaire sur un rapport très élogieux de Mesnet, lu dans la séance du 24 février. Après avoir été pendant quelque temps secré-

taire des séances, en 1874 il fut appelé aux fonctions de secrétaire général, qu'il garda jusqu'en 1881. En cette qualité, il prononça l'éloge de cinq membres décédés: Félix Voisin, Morel, Aubanel, Ferrus et Ulysse Trélat; ses notices firent sensation. Pendant de longues années, il suivit assidûment les séances, faisant des communications personnelles, prenant une part active aux discussions. Deux fois, il fut appelé à la présidence: la première en 1883; la seconde en 1902. Cette année-là, la Société célébrait le cinquantenaire de sa fondation; elle voulut que la fête fût présidée par celui qui était à la fois le plus ancien et le plus digne de ses membres.

Le 11 janvier 1875, la Société de médecine légale de France ouvrit ses rangs à Motet, qui était déjà, à cette époque, un expert connu et estimé. Reçu sous les auspices du professeur Lasègue, son maître et ami, il se montra dès le début un des membres les plus assidus et les plus laborieux; il prit fréquemment part aux discussions, fit partie de nombreuses commissions et en leur nom rédigea une quantité considérable de rapports.

Nommé vice-président en 1886, il fut appelé l'année suivante à succéder, en qualité de secrétaire général, à Gallard, qui avait occupé cette charge depuis la fondation de la Société. Il prononça sur la tombe de son prédécesseur un discours remarqué et, par la suite, consacra de non moins belles notices nécrologiques à d'autres membres de la Société : Pénard, Lagneau et Brierre de Boismont.

Pendant dix-sept années consécutives, il conserva ces lourdes fonctions; pendant tout ce temps, il fut la cheville ouvrière et comme l'âme de la Société. En 1904, ses collègues, par un vote unanime, le portèrent à la présidence.

C'est à cette époque qu'il fut atteint dans ses plus chères affections : sa fille aînée succomba à une longue et douloureuse maladie, malgré les soins les plus éclairés. Le coup qui frappait Motet fut si vivement ressenti par ses collègues, qui tous l'affectionnaient, que, fait sans précédent, la séance fut levée en signe de deuil, comme si la Société eût perdu un de ses membres.

D'un naturel bon et compatissant, Motet faisait partie de nombreuses sociétés ou œuvres, s'occupant soit de secourir des misères physiques, soit de relever des déchéances morales. Il appartenait depuis longtemps à l'Association mutuelle des médecins aliénistes. Il était membre du conseil général de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuel des médecins de France et vice-président de la Société centrale. Le docteur Thibierge, secrétaire de cette dernière Société, et, par conséquent, bien placé pour apprécier le rôle de Motet, a écrit: « Il prenait une part active

à toutes les réunions; sa compétence dans les questions médico-légales, son sens profond des règles strictes de la pratique médicale lui donnaient, au Conseil général, une grande autorité et en faisaient un des membres les plus écoutés. A la Société centrale, il savait, avec infiniment de bonté, de ferme aménité et de justice, apprécier, dans les cas douteux, les secours à attribuer. »

En 1895, Motet fut élu membre de l'Académie de médecine dans la section d'hygiène et de médecine légale. Cette nomination fut le couronnement et la récompense d'une longue vie de labeur et de probité, et lui causa une joie profonde à laquelle s'associèrent tous ceux qui le connaissaient.

En 1902, l'Académie le nomma par acclamation sécrétaire annuel, et elle le maintint à ce poste jusqu'à l'année 1907 incluse, époque à laquelle il demanda à se démettre de ses fonctions.

« Les rapports qu'il faisait chaque année étaient de vrais modèles, et c'était un plaisir d'écouter ces rapports écrits dans un style élégant et raffiné, ce qui n'a rien de surprenant, car celui qui les écrivit était un lettré des plus délicats. »

Cette phrase est empruntée à la belle allocution que le professeur Dieulafoy, vice-président de l'Académie, a prononcée en annonçant à la Compagnie le décès de Motet, dans la séance du 16 mars dernier. De cette allocution, je veux transcrire encore les dernières lignes; elles disent bien mieux, et avec plus d'autorité que je ne pourrais le faire, à quel point Motet s'était concilié l'estime et l'affection de ses collègues.

« Le docteur Motet était aimable, d'un abord charmant et d'une courtoisie parfaite. Son regard pénétrant comme son fin sourire et comme toutes les actions de sa vie étaient empreints de bonté; sa mort est plus qu'une perte pour l'Académie; il semble que chacun de nous ait perdu un ami. »

En 1899, Motet présida la neuvième session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui se tint à Angers du 1er au 6 août. Dans la séance d'ouverture, il parla en termes fort goûtés et fort applaudis de la médecine légale des aliénés. C'est de ce discours qu'est tirée la citation rapportée plus haut sur l'expertise au point de vue mental. Au banquet par souscription, il nous dit la joie, le ravissement qu'il avait éprouvés, quand il fut choisi par ses collègues pour présider la session qui devait se tenir dans la capitale de l'Anjou, dans cette ville où il avait commencé à épeler la langue médicale : « Revenir à Angers, s'écria-t-il avec une tendre émotion, dans cette ville à laquelle me rattachent tant et de si riches souvenirs, c'était pour moi

retrouver ma jeunesse en fleur, et donner à ma vie la plus haute récompense. »

Puis, comme pour parfaire l'expression de ses sentiments, de sa douce et captivante voix il nous lut des vers de Sully Prudhomme tout à fait de circonstance :

Lorsque nous vieillissons, tout lointain souvenir
Nous est fidèle encore en dépit des années,
Les fleurs de notre avril en vain se sont fanées
Les images en nous ne se peuvent ternir.

. . . . . .

Ce jour-là, Motet éprouva certainement une des plus grandes et des plus douces joies de sa vie.

Motet a beaucoup écrit, mais il s'est dépensé sans produire d'ouvrage de longue haleine, sans réaliser l'œuvre d'ensemble qui vaut par son unité.

Sa thèse, qui a pour titre *Des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe*, indiquait déjà son goût pour les études de médecine mentale. Ses autres travaux sont également tous consacrés à l'aliénation mentale étudiée surtout au point de vue médico-légal et social. Les énumérer serait beaucoup trop long. Le plus grand nombre se trouvent dans les Annales d'hygiène et de médecine légale, dans les Annales médico-psychologiques, dans le Bulletin de la Société de médecine légale de France. Je citerai cependant son remarquable rapport à la Société de médecine légale au sujet du projet de loi Cruppi sur la réforme des expertises médico-légales, projet qui a vu le jour en l'année 1899 et qui dort, avec bien d'autres, dans les cartons du Parlement.

Pendant le siège de Paris, Motet, requis comme médecin civil, fut attaché aux ambulances de Reuilly; il s'y distingua si bien, que, sur la proposition de Larrey, il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre militaire, le 15 octobre 1871. En 1893, il fut promu officier du même ordre par le ministre de la justice, en qualité de médecin expert près les tribunaux.

Telle fut la belle carrière de Motet. Que dire maintenant de sa personne? Elle était faite de charme et de distinction. Sa physionomie fine, son air aimable et souriant, ses manières affables, jusqu'à sa mise soignée, tout chez lui était fait pour captiver. Son langage élégant comme sa personne, qu'il parlât ou qu'il écrivît, augmentait encore sa séduction.

Mais s'il attirait par ses agréments extérieurs et les dons de son esprit, il retenait par les qualités de son cœur. Obligeant, bon, affec-

tueux, il était entouré de vives sympathies, de chaudes amitiés. Il vécut dans le commerce de la plupart des grands aliénistes de la fin du siècle dernier. Lasègue avait pour lui une grande et affectueuse estime dont il était d'ailleurs payé de retour. On le vit bien lorsque, à la séance solennelle de l'Académie de médecine, en 1896, l'élève prononça l'éloge de son maître et ami ; il fut tout particulièrement éloquent ; on sentait que, dans son discours, il avait mis le meilleur de son cœur. Avec Jules Falret, Motet était aussi uni par les liens d'une étroite amitié.

Lasègue puis Falret sont partis les premiers. Motet aimait à parler de ces chers disparus, et quand je causais avec lui, il était bien rare, pour peu que la conversation se prolongeât, que ces noms ne vinssent pas sur ses lèvres. Aussi, en perdant Motet, il me semble avoir perdu une seconde fois mes deux autres maîtres Lasègue et J. Falret.

Brouardel tenait Motet en très haute estime. Ce dernier était d'ailleurs, pour la médecine légale des aliénés, ce que le premier était pour la médecine légale générale : le maître incontesté.

Directeur d'une maison prospère, expert apprécié et écouté, membre de l'Académie de médecine, entouré de l'estime générale, Motet menait une existence simple et heureuse, conservant une santé physique et une activité intellectuelle qui le faisaient paraître plus jeune que son âge. Mais vinrent de mauvais jours. Motet perdit sa fille aînée, emportée par une longue et douloureuse maladie. Frappé au cœur, à partir de ce moment ses forces déclinèrent. A la fin de 1908, il se décida enfin à quitter la rue de Charonne, pour aller habiter un hôtel qu'il avait acquis quai Debilly. Il n'était pas encore complètement installé qu'il tomba dangereusement malade. Pendant dix longs mois, il présenta des alternatives de mieux et de pire ; malgré les soins éclairés et dévoués du docteur Duguet, son ami et son collègue à l'Académie, il finit par succomber après plusieurs jours d'une épouvantable agonie.

Ses obsèques eurent lieu le lundi 15 mars, au milieu d'un grand concours d'amis, de confrères, de membres des sociétés savantes auxquelles il appartenait, et aussi de magistrats. Suivant sa volonté formelle, aucun discours ne fut prononcé.

En dépit de la mort, Motet n'a pas disparu complètement ; la tombe ne l'a pas pris tout entier. Il nous reste, bien vivant, le souvenir de cette nature exquise, de ce médecin d'une haute conscience, de cet homme honnête dans toute l'acceptation du mot.

J'ai fait de mon mieux pour tracer le portrait de mon regretté maître ; je crains d'avoir été au-dessous de la tâche que *l'Informateur* m'avait confiée : c'est que pour bien peindre Motet, il eût fallu la plume de Motet lui-même.

Ch. Vallon.

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Mingazzini, professeur extraordinaire, vient d'être nommé professeur ordinaire de psychiatrie.

Université de Paris

Concours du clinicat. — Ont été nommés, après concours au clinicat des maladies du système nerveux : chef de clinique titulaire, M. le docteur Baudoin; chef de clinique adjoint, M. le docteur Français; au clinicat des maladies mentales : chefs de clinique adjoints, MM. les docteurs Barbé et Pierre Kahn.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement de juin 1909

M. le docteur Arsimoles, médecin adjoint à l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la première classe du cadre, à partir du 1er juillet 1909.

M. le docteur Hamel, médecin directeur de l'asile de Quatre-Mares, à Rouen (Seine-Inférieure), est promu à la première classe du cadre, à partir du 1er juin.

M. le docteur Mercier, médecin adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var), est nommé médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre (Yonne), et placé dans la troisième classe du cadre à partir du 1er juillet.

M. le docteur Bourdin, médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe), est promu à la première classe du cadre à partir du 1er juillet.

M. le docteur Bierry, directeur administratif de l'asile de Sainte-Ylie, à Dôle (Jura), est promu à la première classe du cadre, à partir du 1er juillet.

Distinctions honorifiques

Le professeur Raymond, le célèbre neurologiste français, vient d'être promu commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur; nos plus sincères félicitations à l'éminent successeur de Charcot, qui reçoit ainsi la juste récompense des services éminents rendus par lui depuis si longtemps à la science médicale française.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de neurologie

SÉANCE DU 3 JUIN 1909

Maladie de Basedow, sans hypertrophie du corps thyroïde associée à une atrophie myopathique scapulo-humérale et au rhumatisme. — MM. *Dufour* et *Chazal* présentent une femme atteinte d'arthropathies douloureuses, d'atrophie musculaire scapulo-humérale et de symptômes de maladies de Basedow, sans goitre, les cas de ce genre sont assez rares : chez une autre malade atteinte de goitre exophtalmique, le traitement thyroïdien a échoué.

Dufour et Chazal voient dans ces faits une objection à la théorie thyroïdienne de certain rhumatisme.

Abcès cérébraux multiples à forme hémisphérique au cours d'une tuberculose pulmonaire avec dilatation et infections bronchiques, par M. *Roger*, de Montpellier. (Communiqué par Laignel-Lavastine).

Il s'agit d'un tuberculeux chez lequel survint une hémiplégie avec épilepsie jacksonnienne. Au lieu de trouver à l'autopsie les signes d'une méningite tuberculeuse, on vit des abcès cérébraux multiples dus à une infection secondaire à point de départ bronchique.

Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. — M. *Souques* présente un malade chez lequel toute une série de symptômes (céphalée, stase papillaire) fait porter le diagnostic de tumeur cérébrale; d'autre part, la surdité, la limitation des mouvements des yeux et l'asynergie qui siègent à gauche permettent de localiser la tumeur au niveau de l'angle ponto-cérébelleux; il discute, à ce propos, la conduite à tenir et admet que, dans ce cas particulier, comme les symptômes persistent depuis longtemps, et sont même en voie d'amélioration progressive, l'intervention ne semble pas nécessaire.

M. *Babinski* partage cette manière de voir, mais fait remarquer que, dans d'autres cas, où surviennent des phénomènes de compression, la trépanation est indiquée.

M. *Marie* cite à ce propos une statistique d'Oppenheim d'après laquelle les succès ne seraient que de 10 p. 100.

M. *Sicard* fait remarquer qu'il existe des signes de localisation au niveau du versant antérieur du rocher; il rappelle, à ce sujet, le cas, rapporté par lui à la dernière séance, d'une malade guérie d'une méningite et présentant une névralgie faciale, qui intéressait les trois branches du trijumeau et s'accompagnait de paralysie et de trismus : l'autopsie confirma le diagnostic.

Intégrité du faisceau pyramidal au cours de la paraplégie spastique familiale. — MM. *Raymond* et *Rose* présentent une malade atteinte de paralysie spastique avec signes de Babinski, de Strumpell et d'Oppenheim. Sa sœur

avait présenté exactement les mêmes symptômes, et, chez cette dernière, l'examen du faisceau pyramidal (méthode de Pal) n'a révélé aucune lésion. M. *Sicard* rapporte un cas de guérison complète, après intervention, d'une compression médullaire déterminée par l'enfoncement d'une lame vertébrale : rien n'indiquait ici une irritation du faisceau pyramidal. M. *Marie* fait remarquer qu'il en est de même dans l'athétose double.

M. *Souques* a vu la malade, il s'agissait d'une paraplégie spasmodique familiale, il est étonné de ne pas voir de signe de sclérose combinée.

Hématomyélie. — MM. *Achard* et *Foix* présentent un malade qui, il y a environ trois semaines, fut pris d'une hématomyélie : la face est intacte ; aux membres supérieurs, surtout à gauche, les réflexes sont exagérés ; de même aux membres inférieurs, le signe de Babinski est positif. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, mais un peu d'hypoesthésie du côté droit.

Symptômes tabétiques avec arthropathie sans leucocytose céphalo-rachidienne. — MM. *Achard* et *Foix* montrent les radiographies d'une arthropathie constatée chez un malade qui présentait quelques signes de tabes ; mais l'hyperostose très marquée doit faire discuter le diagnostic d'arthropathie syphilitique : il n'y avait pas de réaction méningée céphalo-rachidienne.

Un cas de syringomyélie avec amputation spontanée des doigts. — MM. *Chenet* et *Jumentié* présentent un cas d'amputation spontanée des doigts chez un malade atteint de paraplégie spasmodique. L'hypothèse de lèpre est peu probable, car le cubital n'est pas augmenté de volume ; la syringomyélie peut donc être mise en cause.

Atrophies musculaires multiples chez un tuberculeux. — MM. *Lejonne* et *Touchard*. — Il s'agit d'un tuberculeux qui présente une atrophie musculaire surtout marquée aux jambes, sans troubles sensitifs et une abolition des réflexes ; il y a en même temps un léger degré de paralysie glosso-labio-laryngée, troubles qui peuvent être rattachés à une polynévrite.

Diplégie cérébrale spasmodique de l'enfance ou symptômes associés. — MM. *Claude* et *P. Schœffer*. — Il s'agit d'un enfant atteint d'hemiplegie spasmodique, à l'âge de treize mois, chez lequel on dut faire dans le jeune âge une ténotomie ; actuellement, l'intelligence est intacte, bien qu'il existe une impressionnabilité particulière ; les membres supérieurs ne sont pas touchés, mais les mouvements délicats sont un peu maladroits ; aux membres inférieurs la spasmodicité est un peu plus marquée du côté droit ; il y a, en outre, du strabisme et des troubles de la convergence et l'accommodation.

Amiotrophie globale du membre inférieur, vraisemblablement d'origine myélopathique chez une enfant atteinte d'hémiplégie cérébrale fruste. — MM. *André Thomas* et *Raoul Labbé* présentent une petite fille de huit ans, atteinte d'atrophie musculaire de la jambe gauche ; cette malade avait eu antérieurement une hémiplégie gauche infantile et l'atrophie actuelle ne peut s'expliquer que par l'existence d'une poliomyélite consécutive.

De la nature organique de certaines chorées de Sydenham. — M. *André Thomas* a observé trois cas de chorée chez lesquels il a constaté des signes d'affections organiques du système nerveux; il les rapproche de certaines observations publiées antérieurement; il attire l'attention sur l'intérêt qu'il y a à rechercher dans les chorées les signes des lésions organiques et l'intérêt qu'il y a à mieux analyser le syndrome chorée.

M. *Henri Claude* considère les cas de Thomas comme des cas de transition entre la chorée de Sydenham et les hémichorées symptomatiques. Dans le cas qu'il a publié avec Lhermitte, il y avait localisation frontale et rolandique. Il a constaté dans un cas une lymphocytose moyenne.

M. *Sicard* a remarqué que la lymphocytose était décelable chez les jeunes choréiques pelvicitants.

Un nouveau cas de méningite chronique syphilitique sans symptômes cliniques, par M. *Vincent*. — L'auteur s'est efforcé de montrer que certaines maladies d'origine syphilitique passent avant de se manifester par une phase purement méningée. Depuis sa première communication, l'auteur a observé un malade syphilitique n'ayant pour ainsi dire aucun symptôme nerveux. La ponction lombaire montra l'existence d'une grosse lymphocytose céphalo-rachidienne et la présence d'albumine dans le liquide recueilli. Cependant, les symptômes nerveux étaient au minimum.

Un cas de névrose singulière familiale (myoclonie) avec glycosurie et crises épileptiformes. — MM. *Lenoble* et *Aubineau* rapportent un cas où l'on observait du tremblement, de la polyurie et de l'atrophie optique qui se rapprochent à la fois de la chorée fibrillaire et du nystagmus.

Note sur un cas de rhumatisme chronique associé à l'hémiplégie. Prédominance des déformations du côté opposé à l'hémiplégie. — MM. *C. Parhon* et *J. Baiatu* (de Bucharest) rapportent ce cas singulier où le rhumatisme se localisa au côté opposé à l'hémiplégie, contrairement à ce qu'on observe dans certains cas.

Paul Sainton.

COMMUNIQUÉS

Dix-neuvième Congrès des médecins-aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Nantes, 2-8 août 1909

Le dix-neuvième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue francaise va se tenir à Nantes, du 2 au 8 août, sous la présidence de M. le docteur Vallon, médecin de l'asile Sainte-Anne, assisté de M. Mirallié, secrétaire général.

Programme des travaux et excursions

Lundi 2 aout.

Matin : Séance solennelle d'inauguration à l'Hôtel de ville. Visite des musées et de la ville de Nantes.

Après-midi : Séance à deux heures à l'École de médecine.

Rapport de psychiatrie. — M. Parant fils (de Toulouse) : les fugues en psychiatrie.

Soir : à neuf heures, réception offerte par la municipalité à l'Hôtel de ville.

Mardi 3 aout.

Matin : Rapport de médecine légale. — M. Granjux (de Paris), et Rayneau (d'Orléans) : les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal

Après-midi : Suite de la discussion du rapport de médecine légale.

Soir : A huit heures du soir, assemblée générale de l'Amicale des médecins des établissements publics d'aliénés.

Après la séance, réunion du comité permanent.

Mercredi 4 aout.

Matin : Visite de l'asile d'aliénés de Nantes.

Après-midi : Rapport de neurologie. — M. Sainton (de Paris) : les chorées chroniques.

Après la séance, réunion du Congrès en assemblée générale.

Soir : A neuf heures et demie, réception offerte par le président et les membres du Congrès.

Jeudi 5 aout.

Matin : Excursion sur l'Erdre ; départ vers huit heures du matin. — Déjeuner à Sucé.

Après-midi : Séance à la mairie de Sucé. — Communications diverses.

Retour à Nantes pour dîner.

Vendredi 6 aout.

Matin : Excursion à Clisson et à La Roche-sur-Yon. — Départ de Nantes à huit heures par train spécial; arrivée à Clisson à huit heures et demie. — Visite du château.

A onze heures et demie, déjeuner à Clisson.

Après-midi : A une heure quarante, départ pour La Roche-sur-Yon. Visite de l'asile de la Grémaudière. — Dîner à La Roche-sur-Yon.

A sept heures vingt, départ pour Nantes ; arrivée à neuf heures quarante-six.

Samedi 7 aout.

Excursion à Saint-Nazaire, La Baule, Le Croisic. Visite de l'hôpital marin de Pen-Bron.

Dislocation.

Le Gérant : G. Delarue.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

Le Docteur Ch. MIRALLIÉ
Secrétaire général du Congrès de Nantes

L'Informateur
des Aliénistes et Neurologistes

H. DELARUE & Cie, Éditeurs
Paris

4e Année N° 8 25 Août 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

CHRONIQUE

Le Congrès de Nantes[1]

Le dix-neuvième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui vient de se tenir à Nantes, du 3 au 8 août, est l'un des plus réussis auxquels nous ayons eu la bonne fortune d'assister.

Bien organisé, — sous les auspices du président de la session, notre éminent collaborateur et ami le docteur Vallon, — par un confrère des plus aimables, le docteur Mirallié (de Nantes), et par l'actif secrétaire du comité permanent, le docteur Meige (de Paris), ce Congrès a été très apprécié des nombreux aliénistes et neurologistes, des médecins de l'armée et des dames qui — selon la tradition française — avaient bien voulu l'égayer de leur présence.

***

La séance d'ouverture a eu lieu à l'hôtel de ville, le lundi 3 août, à neuf heures et demie du matin, dans la salle du conseil municipal, spécialement aménagée et décorée à cet effet.

A la table d'honneur avaient pris place : M. Bellamy, adjoint au maire, représentant la municipalité nantaise; le docteur Vallon, président du Congrès; M. Granier, inspecteur général des services administratifs, représentant le ministre de l'intérieur; M. Simonin, professeur de médecine légale au Val-de-Grâce, représentant le ministre de la guerre; le docteur Malherbe, directeur de l'École de médecine de Nantes; M. Jamin, président du conseil général de la Loire-Inférieure; les délégués de la préfecture, de la magistrature, etc...

1. Pour le compte rendu scientifique du Congrès (rapports, discussions et communications), voir l'*Encéphale*.

M. Bellamy prend le premier la parole et prononce l'allocution suivante :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

MESDAMES, MESSIEURS,

Au nom de la ville de Nantes, je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue.

Je suis profondément touché de l'honneur qui m'est fait de présider votre séance d'ouverture. Ce plaisir, cet honneur devait revenir à notre sympathique maire, à notre ami Guist'hau, mais un impérieux besoin de repos l'a obligé de partir avant la date fixée pour votre Congrès ; il m'a chargé de vous en exprimer tous ses regrets.

Guist'hau s'est, en effet, très vivement intéressé à la formation de ce Congrès neuro-psychiatrique ; il en a donné la meilleure preuve en faisant voter par le conseil municipal une subvention destinée à son organisation matérielle.

Mes premières paroles seront des remerciements.

Je vous remercie d'avoir choisi Nantes comme siège du dix-neuvième Congrès des aliénistes et neurologistes.

Je suis reconnaissant à M. le ministre de l'intérieur et à M. le ministre de la guerre d'avoir bien voulu déléguer M. Granier, inspecteur général des services administratifs, et M. le docteur Simonin, professeur au Val-de-Grâce, pour représenter à votre Congrès leurs administrations respectives. La présence de ces deux délégués éminents est un gage de l'intérêt que porte à vos assises le gouvernement de la République.

Je remercie M. le docteur Mirallié d'avoir accepte la tâche d'organiser vos travaux et vos délassements, et je suis bien certainement l'interprète de vos sentiments personnels.

J'ai à cœur, enfin, d'exprimer à M. le docteur Biaute, médecin en chef du quartier des aliénés à l'hospice général de Nantes, et à ses collaborateurs, notre gratitude pour les services rendus à l'humanité, et à la science avec un inlassable dévouement. M. le docteur Biaute, pendant plusieurs années, a fait partie du conseil municipal de Nantes ; je suis heureux de le saluer affectueusement dans cet hôtel de ville où il a laissé tant de souvenirs, où il a conservé tant d'amis fidèles.

MESDAMES, MESSIEURS,

Quand mon collègue, votre confrère, M. le docteur Terrien, vous a invités, l'année dernière, à venir à Nantes, il vous a dit quel accueil vous serait fait dans notre ville. C'est qu'il était bien placé pour connaître les sentiments de l'administration municipale, toujours prête à développer tout ce qui sert à développer aussi bien la vie intellectuelle que l'activité commerciale et industrielle. Toutes les œuvres d'assistance sont l'objet de sa sollicitude la plus vive. Et en est-il de plus intéressante, de plus importante que l'assistance des aliénés? Car nous ne vivons plus à cette époque où les populations terrorisées mettaient la folie sur le compte du « diable », et où entraînées par de si ridicules conceptions, elles instituaient les traitements les plus barbares : prisons, chaînes, etc... non pour guérir, mais pour abréger les jours de ces malheureux. Nous vivons à une époque plus saine où l'aliéné n'est plus qu'un malade,

plus pitoyable que tous les autres, parce que plus affreusement atteint, et je ne saurais dire assez toute l'admiration que nous avons pour vous, Messieurs les aliénistes et neurologistes, qui passez une existence entière près de ces déshérités, sur qui pèse le plus terrible mal dont puisse être affligée notre pauvre humanité.

On plaint ceux qui sont privés de la lumière du jour. Combien ne doit-on pas plaindre davantage « les aveugles du cerveau ». Vous vous appliquez, Messieurs, à la tâche noble entre toutes d'essayer de dissiper les ténèbres épaisses qui obscurcissent ainsi la raison, et de jeter un peu de lumière dans cette nuit du cerveau. Tâche d'autant plus noble qu'elle n'est pas exempte de danger. On admire et on loue le soldat qui expose sa vie pour défendre la patrie aux heures de péril : or, chez vous, médecins d'asile, le péril est permanent; ce n'est pas un danger d'heures, ni même d'années, c'est un danger de toute la vie. Ce qu'il y a de plus sublime, c'est que vous n'y songez même pas, tant le dévouement vous est naturel; le sentiment du devoir est, chez vous, si profond, qu'il écarte toutes les phobies, pour employer un langage qui vous est familier. Ne m'a-t-on pas raconté que votre honorable président, le docteur Vallon, a failli succomber sous les coups d'un de ces malheureux égarés de la raison? N'en porte-t-il pas encore la marque ineffaçable? Je m'incline respectueusement devant lui, saluant ainsi tous les héros du devoir professionnel.

J'en ai dit assez, Mesdames, Messieurs, pour vous montrer combien nous sommes heureux d'offrir l'hospitalité à cette élite de savants qui honorent l'humanité autant par leur dévouement et par leur abnégation que par l'éclat de leur savoir et de leur enseignement.

Nous espérons que les travaux auxquels vous allez vous livrer profiteront au progrès de la science, serviront les intérêts de la société, porteront des fruits pour le bien de l'humanité tout entière.

C'est en formant ce vœu que je déclare ouvert le dix-neuvième Congrès des aliénistes et neurologistes des pays de la langue française.

M. Bellamy est très applaudi.

M. le docteur Granier, inspecteur général des services administratifs, dit qu'il est délégué par M. le ministre de l'intérieur pour assister au dix-neuxième Congrès, qui sera certainement fécond en résultats, en raison des importantes questions qui y seront discutées.

M. Granier félicite les médecins aliénistes, qui font preuve d'un inlassable dévouement, dans l'exercice d'une profession ingrate, où le risque professionnel est particulièrement accentué. Il espère que de ce Congrès sortira un progrès nouveau qui permettra d'adoucir le sort des aliénés et de lutter efficacement contre la folie. Il dit tout l'intérêt que le public doit attacher à ces travaux si utiles, cas si l'on ne connaît pas à fond les maladies mentales, on ne peut pas bien traiter les questions sociales.

M. Granier traite ensuite des rapports de l'aliénation mentale avec

la justice criminelle, et s'étend assez longuement sur cette question qui lui est familière.

En terminant, il apporte au Congrès les meilleurs vœux de réussite au nom du ministre de l'intérieur.

M. Granier est fort applaudi.

Le professeur Simonin, délégué du ministre de la guerre, prononce ensuite l'allocution suivante :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESSIEURS ET TRÈS HONORÉS CONFRÈRES,

M. le ministre de la guerre a bien voulu me déléguer officiellement pour assister et participer aux travaux du dix-neuvième Congrès de médecins aliénistes et neurologistes de France.

Il a tenu à marquer ainsi le grand intérêt qu'il prend à l'importante question qui va être soulevée de l'aliénation mentale dans l'armée, et indiquer tout le prix qu'il attache aux fécondes suggestions qui découleront, au point de vue pratique, d'une étude entreprise par une assemblée si hautement autorisée.

Depuis que l'armée est réellement nationale, en demandant à tous les citoyens les mêmes sacrifices, le département de la guerre a multiplié ses efforts pour assurer dans les meilleures conditions l'hygiène physique et le bien-être du soldat.

Vos travaux passés et ceux de cette nouvelle et importante réunion visent, en outre, à sauvegarder, dans la même mesure, l'hygiène intellectuelle et morale de l'armée, véritable fondement et base même de la discipline.

Vous avez pu constater avec une fierté bien légitime que vos patriotiques efforts, dans cette voie si féconde, ne sont pas restés stériles. Leur portée morale a été considérable et sanctionnée pratiquement par des mesures officielles d'une réelle importance.

L'expertise psychiatrique a conquis, dès à présent dans l'armée, le rang qu'elle mérite. Elle peut être encore améliorée aussi bien dans ses indications que dans son mode d'application. Vos travaux s'efforcent d'en trouver les meilleures formules. C'est à ce titre qu'ils intéressent, au plus haut degré, l'Administration centrale de la guerre que je suis chargé de représenter parmi vous.

Faire de l'armée, sauvegarde du pays aux heures critiques, un organisme dans lequel la valeur intellectuelle et morale ne le cèdent en rien à l'énergie physique, tel est le but que nous poursuivons tous.

Il est assez élevé pour justifier de tous les efforts et de toutes les sollicitudes.

Le succès de ces paroles a été très vif; sitôt les applaudissements calmés, le docteur Vallon, président du Congrès, se lève et s'exprime ainsi :

MES CHERS COLLÈGUES,

Vous exprimer ma gratitude pour la marque d'estime que vous m'avez donnée en m'appelant à présider la dix-neuvième session de ce Congrès, c'est,

tout à la fois, accomplir un devoir et satisfaire un besoin de mon cœur. Oui, je vous remercie chaleureusement. Je sens combien est grand l'honneur d'occuper cette place, surtout lorsque, jetant un coup d'œil en arrière, je considère la série des hommes éminents qui l'ont occupée avant moi.

En tête, j'y vois mon regretté maître Benjamin Ball, qui fut le premier professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, qui fut aussi le premier de nos présidents à Rouen, en 1890; disciple reconnaissant, je salue respectueusement sa mémoire.

Les trois présidents suivants sont morts, eux aussi: d'abord, Bouchereau, médecin de Sainte-Anne, qui présida la deuxième session à Lyon; ensuite Théophile Roussel, le grand philanthrope, qui présida la troisième session à Blois; enfin Christian, médecin de la maison de Charenton, qui présida la quatrième session à La Rochelle. En sorte que, coïncidence curieuse, le décès des quatre premiers de nos présidents a eu lieu suivant l'ordre chronologique de leur élection.

Inclinons-nous au souvenir de ces bons ouvriers de la première heure.

Depuis notre dernière session, nous avons encore perdu deux de nos anciens présidents et non des moindres : Joffroy puis Motet.

Le professeur Joffroy présida la sixième session à Bordeaux. L'année dernière, il ne put pas se rendre à Dijon; il était déjà malade. A la fin des vacances il semblait mieux, il reprit son cours, quoique péniblement; mais le 24 novembre, il succombait brusquement au moment où il venait d'achever la correction d'épreuves d'imprimerie. Laissez-moi vous conter une courte anecdote qui le peint tout entier.

Il y a quelques années, alors que je faisais une villégiature au pavillon de chirurgie de l'asile Sainte-Anne, Joffroy, en bon voisin, venait souvent me voir, me distraire de ses causeries dont, vous le savez, il n'était pas avare. Or, un jour, m'ayant annoncé la mort d'un de ses collègues à la Faculté, il me fit cette réflexion : « Il n'aura pas occupé une des toutes premières places parmi les chirurgiens contemporains, mais c'était un bon garçon et c'est bien quelque chose; je voudrais qu'on en dise autant de moi quand je serai mort. »

Que le souhait de Joffroy soit exaucé. Je proclame, parce que c'est la vérité, qu'il fut un bon garçon; mais il fut plus et mieux : un homme probe par excellence, un médecin consciencieux dans toute l'acception du mot. C'est sous ce triple aspect qu'il vivra parmi nous. Pour ma part, je n'oublierai pas qu'à plusieurs reprises, il me procura l'honneur de parler du haut de sa chaire.

Motet présida la neuvième session à Angers avec cette distinction naturelle qu'il apportait en toutes choses. Comme médecin de maison de santé, sa caractéristique était un souci de ses malades que je qualifierais d'exagéré, s'il pouvait y avoir de l'exagération dans le devoir. Comme médecin légiste, on pourrait dire qu'il fut le Brouardel de la médecine légale des aliénés. Pendant longtemps et jusqu'à sa mort, il occupa la première place parmi les médecins experts pour les maladies mentales près les tribunaux. Il était très écouté des magistrats qui prisaient beaucoup la forme impeccable de ses rapports écrits et de ses dépositions orales, qui avaient pleine confiance en son expérience consommée, en sa scrupuleuse honnêteté. Ils sentaient bien qu'il était le *vir bonus dicendi peritus*. Je garde de celui qui fut mon maître en médecine légale un affectueux souvenir.

Elle est déjà longue, vous le voyez, la liste de nos anciens présidents dis-

parus : six sur dix-huit, c'est-à-dire le tiers. Je souhaite que de longtemps, aucun nom ne vienne s'y ajouter.

Un autre de nos anciens présidents, Giraud, qui, après avoir été le secrétaire général de la première session, fut appelé à diriger la quinzième à Rennes, est absent cette annee, retenu loin de nous par la maladie. Il m'a écrit, ou plutôt il m'a fait écrire une lettre qu'il n'a pu signer qu'en tenant la plume à deux mains. Il m'y exprime ses regrets de ne pas pouvoir être des nôtres et cela pour la première fois depuis la fondation du Congrès ; je lui envoie l'expression des regrets que nous cause son éloignement et des souhaits que nous faisons pour son rétablissement. Je lui dis à l'année prochaine.

J'ai encore à vous parler de notre président de l'année dernière, qui, lui, heureusement, est bien portant.

Mais puisqu'il est là, je préfère m'adresser directement à lui-même. « Mon cher Cullerre, à Dijon, je voulais vous dire : « Le Congrès tout entier fait des « vœux pour que l'année de votre présidence ne s'achève pas sans qu'on « vous donne la croix de la Légion d'honneur pour laquelle vous êtes proposé « depuis longtemps et que vous méritez depuis plus longtemps encore. » La plus ridicule et la plus intempestive des indispositions m'ayant empêché de vous souhaiter de recevoir le ruban rouge, j'avais espéré avoir la joie cette année de vous féliciter de l'avoir reçu.

Déception complète. Pourtant vos amis se sont employés de leur mieux pour que cette juste satisfaction vous fût enfin donnée. Ah ! si j'avais pu, ainsi que j'ai tenté de le faire, approcher le président du Conseil, je lui aurais dit votre vie professionnelle si digne, vos longs et excellents services, vos travaux si appréciés ; j'aurais insisté sur ce fait que les médecins aliénistes et neurologistes, en vous appelant à la présidence du Congrès avaient, pour ainsi dire, souligné la proposition dont vous étiez l'objet ; je lui aurais dit tout cela et bien d'autres choses encore. Je crois que j'aurais trouvé des paroles éloquentes et que je serais parvenu à le convaincre. Mais comment rompre, au dernier moment, au moment favorable, le cercle des sénateurs, des députés, des hommes politiques de tout genre, venus recommander leurs candidats !

Le nouveau président du Conseil n'aime pas les vases trop communicants, nous ne lui réclamerons donc qu'une toute petite communication. Serait-ce trop lui demander dans ce pays de suffrage universel que de réserver ses faveurs à ceux qui lui sont désignés par leurs pairs.

Pourquoi ne décorerait-on pas chaque année le président du Congrès. On décore bien à Paris chaque bâtonnier de l'ordre des avocats au cours de son bâtonnat ; de même le président de la chambre des avoués, de la compagnie des agréés au cours de leur présidence.

Le ministre ne risquerait plus d'être trompé par des candidats qui, en guise de titres, ont surtout de l'audace, qui se remuent d'autant plus pour avoir le signe de l'honneur, que parfois ils manquent de l'honneur lui-même, et qui ensuite, très fiers, se figurent avoir accompli un tour de force, alors qu'ils n'ont exécuté qu'un misérable tour de gobelet.

Je n'insiste pas. « Les livres les plus utiles, a écrit Voltaire, sont ceux dont les lecteurs font eux-mêmes la moitié : ils étendent les pensées dont on leur présente le germe. » On peut dire, je crois, des discours, ce que le grand écrivain disait des livres. Je vous laisse donc le soin de compléter mes paroles, de leur donner de la précision, d'en faire l'application.

Au sujet de nos anciens présidents, nous n'avons pas éprouvé que des peines et des déceptions. En effet, si nous avons eu la douleur de perdre Joffroy, nous avons, par contre, ressenti une vive satisfaction du vote unanime de la Faculté lui donnant pour successeur un autre de nos anciens présidents, Gilbert Ballet.

Gilbert Ballet! Ce nom réveille en moi tout un monde de souvenirs. C'est que son existence et la mienne, sans être semblables, se sont déroulées parallèlement. Ensemble nous avons usé nos fonds de culotte sur les bancs du lycée de Limoges, ensemble nous avons commencé nos études médicales à l'école de cette ville, pour venir les achever à Paris. Nous avons vécu au quartier latin... J'abrège...

Vous connaissez tous les brillantes étapes que Ballet a parcourues avant de venir me rejoindre comme professeur à Saint-Anne où, depuis quelque dix ans, en vertu de titres beaucoup plus modestes, j'occupe une place de médecin chef de service. Je souhaite que nous y restions de nombreuses années encore. Ballet gardera longtemps sa chaire, les membres de l'Institut ont le privilège de pouvoir enseigner jusqu'à soixante-quinze ans.

Ce n'est pas une histoire banale, avouez-le, que celle de deux médecins ayant commencé leur carrière, si j'ose m'exprimer ainsi, dans un même lycée de province et venant la terminer dans le même établissement hospitalier de la capitale.

Je suis bien tenté de vous parler encore des années passées dans le service de mon maître Ball, où je me suis lié d'amitié avec Doutrebente et Régis, encore deux de nos anciens présidents. Mais j'ai assez parlé de moi — le moi est haïssable. — Vous me pardonnerez cette brève évocation de ma carrière dans ce jour qui, grâce à votre bienveillance, en est le couronnement.

J'ai félicité Ballet pour sa nomination au professorat; je veux encore le louer pour la façon dont, au cours de sa leçon d'inauguration, il a parlé du nouveau projet de loi sur les aliénés. Vous connaissez cette loi votée au pas de course par la Chambre des députés et que le Sénat, plus sage, étudie à loisir. Puisse-t-il l'étudier toujours.

Ballet a dit fort justement : « Avec l'illusion de faire œuvre de progrès, les députés, dans leur ignorance de la question, ont voté la loi la plus rétrograde qui soit. » Oui, si ce projet de loi est sanctionné sans modifications profondes par le Sénat, nous ferons un bond énorme en arrière, au point de vue de l'hospitalisation et du traitement des aliénés ; pendant longtemps, les aliénés porteront le poids de toutes les suspicions dont les médecins aliénistes sont l'objet. Car c'est bien le souci, mal déguisé, de garanties à prendre contre les médecins aliénistes, qui a inspiré la réforme de la loi de 1838. Le nouveau projet vise les médecins aliénistes, mais malheureusement il frappe les aliénés.

J'ai fait la critique détaillée de l'œuvre de la Chambre des députés pendant plusieurs séances de la Société de médecine légale; je ne veux pas la recommencer devant vous, je ne pourrais que me répéter. Le professeur de clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, l'a stigmatisée comme il convient ; je tiens, profitant de l'autorité que me donne mon titre de président du Congrès, à la stigmatiser à mon tour.

Par une association d'idées toute naturelle, la loi sur les aliénés me fait penser à un arrêt récent du Conseil d'État. — Oh! Messieurs, rassurez-vous,

aucune parole de discorde ne s'échappera de la bouche du président du Congrès.

Un décret rendu par M. le Président de la République, sur la proposition du ministre de l'intérieur, a institué un concours spécial pour le recrutement des médecins des asiles d'aliénés du département de la Seine. Je veux croire que tous ceux qui, à un titre quelconque, ont participé à cette mesure, étaient bien intentionnés, mais je garde la robuste conviction qu'ils ont été mal inspirés.

Un certain nombre de médecins des asiles publics se sont pourvus devant le Conseil d'État contre ce décret qui leur enlève le droit qu'ils croyaient avoir d'arriver dans les asiles de la Seine. Bien que n'ayant aucun intérêt personnel dans l'affaire, je suis de ceux qui ont signé le pourvoi et je m'en fais gloire.

Le Conseil d'État a rejeté notre pourvoi. Son arrêt, d'une lumineuse clarté, me paraît inattaquable. Aussi n'est-ce pas de cet arrêt lui-même, consacrant la division des aliénistes en deux groupes : la Seine et la province, que je veux vous entretenir, mais bien des considérants de cet arrêt qui, eux, intéressent tous les médecins des asiles départementaux, et la plupart des médecins attachés aux établissements hopitaliers de tous genres.

Médecins des asiles de la Seine, de France et de Navarre, les considérants de l'arrêt nous logent tous à la même enseigne. Et elle n'est pas belle, et elle n'est pas engageante, cette enseigne. Elle est ainsi conçue : *Ici pas de droits.*

Parfaitement, pas de droits. Toutes les choses que, dans notre naïveté, nous considérions comme des droits acquis, étant, dit l'arrêt, le résultat, non de dispositions législatives mais de simples décrets, peuvent nous être enlevées, du jour au lendemain, par un nouveau décret, sans que nous ayons rien à réclamer. Les décrets, c'est comme les clous : l'un chasse l'autre.

L'arrêt, dans ses considérants, veut bien reconnaitre cependant que si nous ne possédons pas de droits, nous avons des intérêts et même que le décret attaqué lèse les intérêts d'un certain nombre d'entre nous. Mais cela n'a aucune importance.

Et nunc erudimini, mes chers collègues. Avertis par les considérants du Conseil d'État, — et ç'aura été là le bon côté de l'affaire, — nous allons nous employer à conquérir les droits qui nous manquent. Un statut des fonctionnaires est en préparation; nous sommes des fonctionnaires, nous devons y avoir notre place. Il faut que ce statut définisse clairement, pour les médecins des asiles, les conditions d'entrée dans la carrière, d'avancement, d'âge et de droits à la retraite. Faisons entendre notre voix, portons nos respectueuses mais fermes revendications aux pouvoirs publics. Si nous ne possédons pas une situation nettement établie, si nous ne sommes pas assurés du lendemain, si nous n'avons même pas les droits que possèdent nos infirmiers unis en de puissants syndicats, que signifient nos titres de médecins en chef et de médecins directeurs.

Mais les préoccupations de nos intérêts personnels, pour grandes et légitimes qu'elles soient, ne sauraient arrêter l'essor de notre pensée, paralyser nos efforts, nous faire négliger les travaux scientifiques qui sont l'objet et le but de ce Congrès.

Des sujets du plus haut intérêt sollicitent notre attention.

Nous allons d'abord nous attaquer au consciencieux et volumineux rapport de M. Parant sur les fugues, le disséquer, l'étudier à fond. L'auteur, fils

Photographie René PABAN, à Nantes

AU CONGRÈS DE NANTES

PHOTOGRAPHIE DES CONGRESSISTES DANS LE JARDIN DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

H. DELARUE et Cie, Éditeurs, Paris

d'un de nos collègues les plus estimés, est un de mes anciens internes; de celui-là, j'ai lieu d'être fier; de tous, hélas! je ne puis pas en dire autant.

Le rapport de M. Sainton recevra en séance une illustration qui en augmentera encore l'attrait et en facilitera la compréhension.

Les très bons rapports de MM. Granjux et Rayneau sur les aliénés dans l'armée, la question capitale du Congrès, donneront lieu, j'en suis convaincu, à de longues et brillantes discussions.

A l'œuvre donc, mes chers collègues, employons-nous de notre mieux pour que cette session ait autant d'éclat que les précédentes, pour qu'elle soit féconde en résultats, non seulement au point de vue scientifique, mais encore et surtout au point de vue social.

Allons de l'avant, toujours plus loin, toujours plus haut.

Des applaudissements unanimes et prolongés saluent les dernières paroles de ce discours vibrant, qui, prononcé avec beaucoup de brio, a été très apprécié de toute l'assistance.

En terminant, M. Vallon invite les congressistes à visiter en corps le musée de Nantes et les curiosités de la ville jusqu'au déjeuner et rappelle que la première séance scientifique du Congrès aura lieu l'après-midi à deux heures, à l'École de médecine.

* * *

A l'heure dite, après déjeuner, tous les confrères civils et militaires, voire même des dames en élégante toilette, étaient au rendez-vous. Après un échange de paroles aimables entre le directeur de l'École de médecine, le docteur Malherbe, qui a bien voulu mettre son établissement à la disposition du Congrès, et le docteur Vallon, qui le remercie au nom de ses collègues de cette large hospitalité, la séance est ouverte et le docteur Parant (de Toulouse) fait un exposé clair et précis de son consciencieux rapport sur « les fugues en psychiatrie ».

Après une brillante discussion à laquelle prennent part MM. Dupouy, Cruchet, Haury, Lalarnne, etc., et notamment le professeur Régis, qui intéresse vivement l'auditoire en racontant l'histoire pathologique et les fugues de Jean-Jacques Rousseau, la séance est levée à cinq heures, et les congressistes s'en vont visiter par petits groupes les principaux monuments du pays.

Le soir, nouvelle réunion, mais, cette fois... de pur agrément, à l'hôtel de ville, où la municipalité offrait une réception à tous les membres du Congrès.

M. Bellamy, premier adjoint, remplaçant M. le maire, empêché; MM. Martineau, secrétaire général de la préfecture; Veil, Moitié, Gouillard, adjoints au maire; docteur Vallon, président du Congrès; Mirallié, secrétaire du Congrès, recevaient les invités.

Les jardins de la mairie étaient splendidement pavoisés et illuminés et la musique municipale, sous la direction de son excellent chef, M. Bélédin, jouait, selon l'expression consacrée, les meilleurs morceaux de son répertoire. Enfin, un buffet mettait à la disposition de tous le champagne et les cigares traditionnels.

***

Les séances de mardi, tant celles du matin que celles du soir, furent extrêmement intéressantes. On y discutait cette question si importante, si d'actualité : les aliénés dans l'armée[1].

Les rapports du docteur Granjux (de Paris) et du docteur Rayneau d'Orléans) donnèrent lieu à une vive et longue discussion à laquelle participèrent les professeurs Régis et Simonin, les docteurs Jude, Haury, Doutrebente, Mabille, Blondel, Roubinovitch, etc.

Ce qui ressortit de tout cela, c'est, en bloc, que de nombreux aliénés, de nombreux déséquilibrés sont reconnus au conseil de revision comme aptes au service militaire et que l'autorité militaire ne tient pas assez compte, pour la plupart, des certificats délivrés par les médecins de la famille du jeune conscrit. Aussi, qu'arrive-t-il? Ces malheureux déséquilibrés, ces impulsifs, une fois soldats, commettent des fautes graves contre la discipline, font des fugues, passent dès lors leur temps à la prison, en attendant que le conseil de guerre les envoie aux compagnies de discipline, où leur état mental, déjà si compromis, s'aggrave dans de très sérieuses proportions.

En conséquence des rapports, discussions et communications sur ce sujet, l'assemblée générale a adopté les résolutions que voici :

Le dix-neuvième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, réuni à Nantes, après avoir discuté la question des aliénés dans l'armée, a émis les vœux suivants :

I

Au sujet des appelés. — Que l'instruction ministérielle publiée chaque année à l'occasion des conseils de revision oblige :

a) L'administration préfectorale à faire connaître à ce conseil les noms des inscrits qui auraient été l'objet de placement dans les établissements publics ou privés consacrés au traitement des affections mentales ;

b) Les maires et les chefs de brigade de gendarmerie à signaler les appelés notoirement déséquilibrés.

1. Au sujet de cette question, consulter *les Maladies mentales dans l'armée française*, par les docteurs A. Antheaume et Roger Mignot. Un vol. cartonné ; prix, 4 francs. Paris, Delarue, éditeur, rue des Grands-Augustins, 5.

II

Au sujet des engagés. — Que nul ne soit admis à contracter un engagement s'il ne présente les pièces suivantes:

a) Un certificat constatant qu'il n'est et n'a jamais été atteint d'un état mental morbide, certificat établi par un médecin, de préférence celui de la famille ;

b) Le dossier scolaire visé par le maire.

L'acceptation ne sera prononcée qu'après l'examen personnel du médecin militaire du recrutement, qui est l'expert de l'armée.

III

Que le dossier de tout militaire traduit devant un conseil de discipline ou de guerre comprenne un certificat du médecin du corps constatant l'état de son psychisme et que, dans tous les cas où il paraîtra y avoir lieu, l'expertise médico-légale soit ordonnée.

IV

Que l'on perfectionne l'instruction psychiatrique des médecins militaires par l'extension donnée à cet enseignement dans les facultés de médecine, dans les écoles du service de santé et dans les écoles d'application des armées de terre et de mer.

V

Qu'on prépare des médecins militaires spécialistes ou spécialisés en psychiatrie, destinés à assurer les expertises mentales délicates dans chaque chef-lieu de corps d'armée.

VI

Qu'on admette en principe que le service psychiatrique dans l'armée, en temps de paix comme en temps de guerre, ne peut être complètement assuré que par la collaboration intime des aliénistes professionnels et des médecins militaires.

Après ce substantiel débat, le Congrès entend une série de communications scientifiques pleine d'intérêt, notamment une communication du professeur Gilbert Ballet touchant la schématisation et la nomenclature des formes mixtes de la psychose périodique pour parler à la française, ou la psychose maniaque dépressive pour employer la terminologie kræpelinienne si fort en vogue en ce moment.

***

Le lendemain, mercredi matin, les congressistes, toujours infatigables, se sont mis en appétit en allant visiter en très grand nombre l'hospice Saint-Jacques, où sont reçus, en l'absence d'asile public départementale, les aliénés indigents.

Après avoir visité les nouveaux quartiers de l'établissement, sous la conduite de notre très sympathique et très distingué confrère le docteur Biaute, ils se sont groupés dans la grande salle artistement décorée, servant d'atelier aux femmes, où un lunch leur fut offert.

Au champagne, plusieurs toasts ont été portés, d'abord par l'administrateur des hospices, puis par M. Bellamy qui, dans une improvisation éloquente, s'appliqua à montrer le rôle si beau, si touchant, si utile de de la femme en général et de la femme du médecin d'asile en particulier.

L'inspecteur général délégué du ministre vint après M. Bellamy remercier en termes chaleureux la nouvelle municipalité nantaise pour tous les services qu'elle a déjà su rendre et qu'elle continuera de rendre à la cause des aliénés.

Le président du Congrès termina la série des toasts, et les congressites se retirèrent, charmés de la cordiale réception qui leur a été faite tant par le docteur Biaute, que par l'administration des hospices.

L'après-midi à deux heures et demie, séance à l'École de médecine, où le docteur Sainton (de Paris) a fait un lumineux exposé de son beau rapport sur les « Chorées chroniques » avec de nombreuses projections cinématographiques qui ont été très appréciées.

A la suite, discussion et série de communications sur le sujet, notamment par MM. Gilbert Ballet, Anglade, Cruchet, André Thomas, Vigouroux.

Après un court intermède photographique dans les jardins de l'École, le Congrès se forme en assemblée générale et vote les résolutions suivantes :

1° Le Congrès aura lieu à Bruxelles en 1910, et à Tunis en 1911.

2° Le bureau du Congrès de Bruxelles sera ainsi constitué : présidents, M. Crocq (de Bruxelles et M. Klippel de Paris), vice-présidents, M. Glorieux (de Bruxelles) et M. Deny (de Paris), ce dernier devenant de droit président du Congrès de Tunis.

3° Les questions traitées au Congrès de Bruxelles seront les suivantes :

A. — *Les Psychoses de sommeil et la Maladie du sommeil.* (Deux rapporteurs à désigner, un français et un belge.)

B. — *Systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses et mentales.* (Rapporteurs: M. Lhermitte (de Paris); rapporteur belge à désigner.)

C. — *Alcoolisme et Criminalité.* (Rapporteurs : M. René Charpentier (de Paris) et M. Ley (de Fort Jacco).

4° Les questions à traiter à Tunis en 1911 seront :

A. — *Les Perversions instinctives.* (Rapporteur : M. E. Dupré (de Paris).

B. — *Les Accidents nerveux et mentaux du paludisme.* (Rapporteur à désigner.)

C. — *De l'assistance des aliénés aux colonies.* (Rapporteur à désigner.)

Cette assemblée générale, où avaient été résolues les destinées des Congrès de Bruxelles et de Tunis, avait pris fin à sept heures et demie du soir ; à neuf heures et demie, le Congrès, représenté par son président et son bureau, rendait à la municipalité nantaise sa politesse de lundi et donnait une brillante réception.

***

Jeudi, le Congrès s'est transporté à Clisson, pour visiter les ruines du vieux château. De là, il est allé à la Roche-sur-Yon visiter l'asile de la Grimaudière. Les congressistes ont pu admirer la belle ordonnance de cet asile, dirigé par l'éminent docteur Cullerre, pour lequel, à la séance d'ouverture, tous ses collègues réclamaient la croix d'honneur qu'il a méritée depuis si longtemps. Après une excellente collation, servie à l'asile, où des toasts très chaleureux, très touchants ont été portés à l'adresse du docteur Cullerre par le docteur Vallon, le professeur Régis et le délégué du ministre de l'intérieur, les congressistes ont repris le train de Nantes.

Vendredi, voyage à Lucé par le bateau ; promenade charmante qui a été très goûtée.

Après le déjeuner, séance scientifique à la mairie, séance de communications diverses où de nombreux orateurs prirent la parole, notamment MM. Terrien, Dupré, Porot, Blondel et Camus, etc... Retour à Nantes à six heures.

Le lendemain samedi, visite de l'hospice de Pen-Bron et dislocation du congrès à la Baule, après que chacun se fut félicité d'avoir passé ainsi une semaine si bien remplie, où l'agréable n'avait cessé de se joindre à l'utile.

***

On peut juger d'après ce qui précède de l'activité qui régna au Congrès de Nantes ; entre temps, les aliénistes trouvèrent encore moyen de s'occuper activement des questions professionnelles qui leur sont justement chères — en assistant à deux assemblées générales de *l'Amicale des établissements publics d'aliénés de France*. La première de ces réunions eut lieu le mardi 4 août, entre huit et onze heures du soir, à l'École de médecine, la seconde, de dix heures et demie à midi et demi, le mercredi 5 août, à l'hospice des aliénés de Nantes, dans une salle aimablement mise à la disposition de l'Amicale par l'un de ses membres, le doc-

teur Biaute. On a beaucoup travaillé, beaucoup discuté à ces réunions, qui ont pris à l'heure présente une telle importance qu'elles constituent un petit congrès dans le grand congrès. On s'y est occupé notamment du recrutement du personnel infirmier dans les asiles d'aliénés ; des rapports entre les directeurs administratifs et les médecins en chef ; de la réforme du concours d'adjuvat; de l'âge de la retraite, etc...

Mais je ne crois pas devoir insister davantage ici sur ces travaux herculéens, car ce n'est pas l'*Informateur* mais le *Bulletin de l'Amicale* qui doit avoir l'avantage de publier le premier les discussions et résolutions adoptées, et je croirais manquer à mon devoir de secrétaire de l'Amicale et de rédacteur de son Bulletin, en commettant quelque indiscrétion facile par la plume du directeur de *l'Informateur*. Ceci dit pour engager les collègues négligents qui ne sont pas encore de l'Amicale, à en faire partie, s'ils veulent avoir le droit de savoir exactement ce qui s'y passe. Ils recevront ainsi le prochain Bulletin qui promet d'être à la fois utile et intéressant.

*
* *

Enfin, pour compenser les excès nutritifs et autres qui ont pu avoir lieu au Congrès, notre ami Parant et un certain nombre de ses collègues (j'en suis) ont eu la louable inspiration, après un déjeuner confortable, de faire un pas vers la sagesse en faisant voter la résolution suivante, que je recommande à toute la vigilance de l'excellent sénateur Borne, à qui le bon confrère Georges Carrier la fera parvenir :

Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, réuni dans sa session de Nantes,

Considérant l'influence considérable de l'absinthe dans la production de l'aliénation mentale et la nécessité de protéger la race,

Considérant l'inefficacité des demi-mesures et en présence de l'exemple des pays voisins de langue française (Belgique, Suisse),

Émet le vœu

Que le projet de loi en préparation au Sénat interdise la fabrication, le transport et la vente de l'absinthe et des liqueurs similaires et soit promptement vote.

Et c'est ainsi que le Congrès de Nantes fit preuve de sentiments vertueux en plus des autres qualités réglementaires qu'on était en droit d'exiger de lui; l'an prochain, à Bruxelles, ce sera la mort de l'alcool, car la question est à l'ordre du jour et n'aura pas moins de deux rapporteurs.

A. ANTHEAUME.

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Faculté de médecine de Christiania. — M. le docteur Ragnar Vogt est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Gœttingue. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Heinrich Vogt, privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Pier Francesco Anellani, privatdocent à la Faculté de médecine de Pavie, est nommé privatdocent de neurologie.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement de juillet 1909

M. Sauzet, chef de bureau à la direction du contrôle et de la comptabilité, est nommé chef du premier bureau de l'assistance et de l'hygiène publiques, par permutation avec M. Hyérard.

Distinctions honorifiques

M. le docteur Auguste Marie, médecin en chef, à l'asile d'aliénés de Villejuif, a été promu officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

M. le docteur Damalix, chirurgien en chef de la maison nationale de Charenton, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Concours

Médecin-adjoint de Bicêtre. — Un concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 22 novembre 1909, à midi, dans la salle des concours de l'administration rue des Saints-Pères, nº 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de midi à trois heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi, 18 octobre au samedi 6 novembre inclusivement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de neurologie

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 10 JUIN

Sur la genèse des lésions de la moelle épinière dans un cas de syphilis du système nerveux à marche rapide. — M. *Alquier*. — Il s'agit d'un sujet de quarante-quatre ans, ayant contracté la syphilis dix ans auparavant; il est pris de douleurs fulgurantes et, en un mois, s'installe une paraplégie spasmodique complète; cette paralysie devient flasque et le malade succombe huit jours plus tard. A l'autopsie, on constate des foyers, de myélo-malacie multiples, disséminés depuis la région cervicale inférieure jusqu'à la région sacrée; l'artère du septum postérieur est entourée d'un véritable manchon de lymphocytes qui, d'ailleurs n'oblitèrent pas la lumière du vaisseau; les méninges ne présentent pas d'altérations vasculaires. Les foyers de myélomalacie montrent de nombreux capillaires les uns rétrécis ou oblitérés, les autres dilatés. Il semble, cependant, que les troubles circulatoires ne suffisent pas à expliquer la forme très irrégulière de ces foyers et qu'il faille faire une part importante au rôle des toxines dans la genèse de ces lésions.

Atrophie musculaire spinale chez un syphilitique. — M. *P. Merle*. — Un homme de quarante-quatre ans, syphilitique depuis vingt ans, qui présentait de la lymphocytose sans signes de tabes, ni de myélite, présenta une atrophie musculaire simultanée des quatre membres.

L'autopsie permit de constater une atrophie des cellules des cornes antérieures sur toute la hauteur de la moelle; les racines et les nerfs périphériques sont sains; les muscles peu altérés; les vaisseaux médullaires présentent une légère infiltration de lymphocytes. Ce cas diffère de ceux publiés où il y avait atrophie du type Duchenne et méningo-myélite syphilique typique.

Sur la constitution des plaques de sclérose dans la sclérose en plaques. — M. *Lhermitte* rapporte deux cas dans lesquels les plaques se développaient autour des vaisseaux. Bien que les altérations vasculaires ne semblent pas dues à l'irritation que détermine la désintégration des fibres nerveuses, il n'en est pas moins vrai que ces altérations sont toujours plus marquées à l'intérieur des plaques qu'en dehors d'elles : dans la moelle, les plaques sont surtout fibrillaires; dans le cerveau, elles sont riches en plasmazellen et en lymphocytes.

M. *Alquier* fait remarquer que les plasmazellen sont plus abondants dans le cerveau; c'est la caractéristique des poussées subaiguës dans les inflammations chroniques.

Recherches sur l'anatomie pathologique de l'épendyme cérébral. États cryptique, kystique et varioliforme. — MM. *G. Delamare* et *P. Merle*. — L'état cryptique s'explique par une raréfaction de la névroglie autour

d'un vaisseau sous-épendymaire. Dans un kyste sous-épendymaire, la paroi était tapissée d'un épithélium cubique. Dans l'état varioliforme, l'aspect est dû à la présence d'une plaque fibreuse sous-épendymaire, qui présente un amincissement au niveau de l'ombilication.

Dysostose cleiodo-cranienne. — MM. *Roussy* et *Ameuille*. — Ce sujet, mort à cinquante-deux ans, qui a fait l'objet de la description initiale de P. Marie et P. Sainton, présente, au niveau du crâne, une élévation de l'étage moyen, de nombreux os wormiens, la persistance des fontanelles, du prognathisme. Quant aux clavicules, la gauche est complète, mais très grêle; la droite se réduit à une tige osseuse continuée à ses deux extrémités par une zone fibreuse. Le cerveau est gros, la moelle est syringomyélique.

Intervention pour tumeur de l'hypophyse. — MM. *Lecène* et *Roussy* rapportent le cas d'un acromégalique chez lequel on tenta, par voie frontale, l'extirpation d'une tumeur hypophysaire. L'extirpation partielle détermina une amélioration et fut suivie de mort après dix-huit jours; l'autopsie permit de constater l'existence d'une tumeur grosse comme un œuf débordant la selle turcique.

Paul Sainton

SÉANCE DU 1er JUILLET 1909

Deux cas de chorée persistante avec signes de lésions anatomiques légères du système nerveux. — M. *Claude*, à propos de la communication de Thomas, dans la dernière séance, rappelle qu'il existe des cas de chorée qu'il appelle prolongées ou persistantes. Il cite un cas de ce genre, où il s'ajoute des signes de localisation : exagération du réflexe rotulien du côté droit, signe de Babinski; dans l'autre, il y avait paralysie de la IIIe et de la Ve paire, exagération des réflexes lymphocytaires. Cette variété se distingue de la chorée des adultes par l'absence de troubles intellectuels et la conservation d'un bon état général.

Thyroïdes et maladie de Parkinson. — M. *Alquier*, sur cinq autopsies de maladies de Parkinson, a trouvé des lacunes de désintégration bulbaire, des lésions d'atrophie musculaire. Les parathyroïdes contenaient des vésicules graisseuse et une seule sorte de cellules, sans colloïde. Il est difficile d'indiquer la signification exacte de ces lésions. La thyroïde semble plutôt en hypofonction.

L'opothérapie parathyroïdienne, dans ces cas, a toujours amené une amélioration notable; une seule malade n'en a éprouvé qu'un soulagement insignifiant.

Pour M. *Claude*, il est difficile, actuellement, de dire quel rôle jouent les glandes parathyroïdes dans la maladie de Parkinson; ce n'est que dans les cas de grosse sclérose que l'on peut être affirmatif sur ce point.

Mouvements d'élévation de la paupière supérieure associés aux mouvements d'abaissement de la mâchoire. — M. *Souques* présente le malade dont il a publié l'observation antérieurement.

L'inégalité pupillaire latente chez les basedowiens. — M. *Cantonnet*, après avoir rappelé les observations de Sainton, Rathery et d'Hartmann montrant la rareté des troubles pupillaires à l'examen direct, a, par un procédé spécial, examiné les malades dans la chambre noire, à un éclairage très faible et au miroir plan; il a constaté sur 18 malades que 6 ont présenté de l'inégalité avec un éclairage très faible ; que 8 n'ont présenté cette inégalité qu'après instillations d'un mydriatique de puissance moyenne ; sur ces 14 malades, les résultats ont été différents, chez 4, à un examen différent. Quatre malades ont montré de l'inégalité pupillaire. Chez les sujets sains, il n'y a aucune inégalité pupillaire.

Résection de la branche externe du spinal dans le torticolis mental. — M. *Sicard* présente un malade chez lequel l'intervention ne donnait aucun résultat ; il préconise l'emploi de lunettes, cachant une partie du champ visuel pour obliger les malades à relever la tête.

M. *Brissaud* combat l'intervention.

M. *Meige* a ajouté qu'il a toujours vu en même temps que la contraction du sterno-mastoïdien celle d'autres muscles.

Torticolis mental traité par la rééducation psychomotrice, par MM. *Brissaud et Bauer*. — Il s'agit d'une jeune femme de vingt-neuf ans, atteinte de torticolis mental, guérie par la rééducation psychomotrice et l'emploi des lunettes préconisées par M. Sicard. La malade a une rechute qui se manifeste surtout quand elle est coiffée d'un grand chapeau ; elle a aussi des préoccupations morales qui peuvent jouer un rôle dans son état.

Syndrome de Weber traumatique par balle intracranienne ; craniectomie et extraction de la balle, par M. *Housel*. — Il s'agit du malade présenté jadis par Guillain, s'étant tiré une balle de revolver et ayant à la suite un syndrome de Weber. Une craniectomie temporo-pariétale fut pratiquée et on trouva la balle sous la dure-mère, comprimant la bandelette optique et en rapport avec les deux tiers externes du pédoncule, il y avait eu contusion du pédoncule et compression, mais sans pénétration de la balle.

Tics à début tardif et mouvements choréiques névropathiques. — MM. *Brissaud* et *Salin* présentent deux malades, l'une tabétique atteinte de tic, l'autre a des mouvements choréiformes d'origine névropathique coïncidant avec un rétrécissement mitral.

Sarcome du IV^e^ ventricule. — M. *Chabrol* montre les pièces d'un sarcome du IV^e^ ventricule ; le malade, du service de M. Klippel, n'avait presque aucun symptôme, il est mort subitement par asphyxie. La tumeur avait le volume d'un œuf de pigeon ; à l'examen histologique, il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. — MM. *Jumentié* et *Chenet* ont observé un cas où une hémiplégie spasmodique droite coïncidait avec

une parésie des nerfs craniens de la V^e^ à la VIII^e^ paire. L'autopsie montra la réalité du diagnostic clinique.

Arthropathie suppurée chez un tabétique. — MM. *Brissaud* et *Bauer* présentent un malade tabétique, chez lequel une arthropathie du pied eut une évolution singulière ; elle évolua avec de la fièvre, avec un malaise général, la tuméfaction était considérable ; la ponction donna issue à un liquide d'aspect purulent, contenant des débris cellulaires, des polynucléaires, mais aucun microbe spécial ; le malade eut une seconde poussée. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une ostéo-arthropathie suppurée syphilitique.

Paralysie infantile avec cyanose et pseudo-hypertrophie extrêmement marquées. — MM. *Brissaud* et *Foix* montrent un malade ayant une paralysie infantile du membre inférieur gauche, chez lequel il y a un état cyanotique général avec pseudo-hypertrophie portant sur le mollet. Le sang du malade examiné montrait une hyperglobulie notable.

Troubles sensitifs dans un cas de maladie de Friedreich. — MM. *Jumentié* et *Chenet* présentent un cas où il y avait hypoesthésie, revêtant la forme d'une bande allant du pli de l'aine jusqu'à la malléole interne aux membres inférieurs ; cette hypoesthésie existait aux membres supérieurs.

M. *Dejerine* insiste sur l'intérêt de ce fait.

Paul Sainton.

Société médico-psychologique

SÉANCE DU 28 JUIN 1909

La Société reprend la discussion de la communication faite, à la séance du 19 avril, par M. Legrain, sur **la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats.**

M. *Briand* s'associe aux conclusions de M. Legrain, qui estime que les notions recueillies par le médecin sur les antécédents personnels et héréditaires du malade sont au nombre de ces *particularités de la maladie* que la loi lui demande de faire connaître dans son certificat. D'ailleurs, le médecin qui a été condamné par la cour d'appel de Grenoble pour avoir mentionné, dans un certificat concernant un aliéné, l'état de dégénérescence du frère, de la sœur et du fils de celui-ci, n'a pas fait autre chose que remplir les exigences d'une circulaire officielle de 1907 qui se rapporte aux expertises médico-légales auxquelles doivent être soumis certains soldats traduits devant les conseils de guerre. La circulaire en question fait une obligation au médecin expert de renseigner le magistrat sur les « antécédents *héréditaires* et personnels du prévenu ».

M. *Arnaud* n'admet pas cette manière de voir. Il s'agit, dans ce dernier cas, d'une expertise, et non d'un certificat. Or, le médecin expert a le devoir d'employer tous les moyens pour arriver à la connaissance de la vérité. Le médecin certificateur, au contraire, doit simplement indiquer

dans son certificat les faits qui rendent l'internement nécessaire. Que tel ou tel parent de l'individu examiné ait été aliéné, ce n'est pas une raison pour décider l'internement de cet individu. Qu'une personne appartienne à une famille dont tous les membres sont sains d'esprit, ce n'est pas une raison pour s'abstenir de la placer dans un asile, si elle présente des troubles mentaux. La constatation des antécédents familiaux n'apporte rien aux faits sur lesquels on doit établir la nécessité de l'internement.

M. *de Clérambault* a consulté un juriste sur la question que discute la Société.

Ce juriste considère comme légitime l'assimilation au médecin expert. Le médecin qui établit un certificat aux fins d'internement, comme le médecin qui fait la déclaration d'une maladie contagieuse, ce médecin est fonctionnaire par rapport à l'acte qu'il fait. Il est l'auxiliaire de l'administration. Il est donc couvert par sa fonction. On ne peut lui imputer les conséquences dommageables que son acte a pu produire pour des tiers, pas plus qu'on ne pourrait reprocher au médecin qui a déclaré une maladie contagieuse la détérioration qu'auraient subie, pendant leur désinfection, les meubles de la personne au domicile de laquelle s'est produite la maladie déclarée par lui. Dans le cas rapporté par M. Legrain, le médecin poursuivi aurait dû appeler en garantie le préfet et le maire de la commune.

D'ailleurs, dans ce cas particulier, le médecin s'est tenu dans les limites fixées par la loi de 1838; car, les antécédents héréditaires et familiaux sont bien à mettre au nombre des particularités de la maladie. Il est utile que le médecin de l'établissement qui reçoit l'aliéné les connaisse; et c'est, dans un certain nombre de cas, par le certificat seulement qu'il les connaît. Il est utile également que ces particularités soient mentionnées dans une pièce qui reste au dossier du malade.

M. *Vallon* estime que le médecin n'était pas condamnable. Puisqu'il avait fait un certificat pour la famille de l'aliéné, les membres de cette famille ont pris connaissance de ce certificat; c'était à eux à n'en pas user, s'ils ne le jugeaient pas de leur goût. Mais c'est à tort que l'on pose en principe que le médecin certificateur doit être tenu pour irresponsable lorsque le contenu de son certificat a causé un dommage à autrui. Dans ce cas particulier, il était inutile de dire dans son certificat que la sœur du malade avait été aliénée, et l'affirmation du médecin, répandue dans le public d'une petite ville, pouvait être dommageable à la personne en question. Le médecin qui rédige un certificat n'est pas un fonctionnaire. La loi lui donne le droit de faire un certificat, elle ne le lui impose pas. S'il fait un certificat, il le fait à ses risques et périls. Il peut se permettre de faire tel certificat: il doit s'interdire de faire tel autre certificat qui serait dommageable à un tiers.

M. *Briand* reconnaît que, comme le dit M. Arnaud, le médecin certificateur ne doit pas être confondu avec le médecin expert. Néanmoins,

le médecin qui rédige un certificat remplit une fonction autre que celui qui fait une ordonnance.

La Société médico-psychologique attribue le *prix Esquirol* à MM. René Charpentier et Paul Courbon, pour un mémoire sur : *le Puérilisme mental et les États de régression de la personnalité ;* et le *prix Moreau (de Tours)* à M. A. Delmas pour un travail sur *la Mort par ictus dans la paralysie générale*. Elle accorde une mention très honorable au mémoire de M. Froissart, sur *la Paralysie générale traumatique*.

René CHARPENTIER.

SÉANCE DE JUILLET 1909

M. *Leroy* attire l'attention de la Société sur **une forme d'hallucinations nouvelles** peu étudiées. Ces hallucinations ont pour caractère essentiel d'être petites, de représenter des êtres ou des objets définis avec des dimensions relativement exiguës, tout en conservant leurs proportions relatives, d'où le nom *d'hallucinations lilliputiennes* qu'il propose de leur donner. C'est, en effet, un monde lilliputien qui apparaît aux yeux du malade surpris.

M. Leroy rapporte à ce propos l'observation très intéressante d'un paralytique général, qui, à la suite d'un ictus, fit un délire hallucinatoire intense de tous les sens. Au cours de ce délire, apparurent de nombreuses hallucinations lilliputiennes ; petits soldats de la hauteur du doigt défilant en rangs serrés, petites femmes jouant de l'éventail, petites bicyclettes courant tout autour du plancher, petits chevaux, etc. Tout ce petit monde va, vient, disparaît, se transforme. Le tout dura trois mois et se termina par la mort du malade, enlevé par un nouvel ictus.

L'auteur a vu récemment un cas analogue dans son service de Ville-Évrard. Une débile atteinte de délire hallucinatoire passager avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, voyant de petits soldats danser autour d'une veilleuse.

De tels troubles psycho-sensoriels sont une forme de micropsie, alors que celle-ci a été envisagée surtout chez les hystériques, les épileptiques, certains désiquilibrés, les hallucinations lilliputiennes peuvent exister dans toutes les maladies mentales, même sous forme d'hallucinations conscientes. Elles se montrent en dehors de toute micropsie, le malade ayant la vision normale pour les objets qui l'environnent.

De tels faits, bien que rares, se retrouvent naturellement chez les classiques, et M. Leroy cite six observations tirées de Taine, de Leuret et de l'ouvrage si documenté de Brierre de Boismont. L'exemple de Taine concerne un médecin, qui, à la suite du choléra, vit danser sur sa table de petits personnages. Leuret raconte qu'un moine allant aux offices vit l'église pleine de petits Éthiopiens, etc.

De tous ces cas, M. Leroy tire les caractères propres des hallucinations lilliputiennes :

Hallucinations visuelles petites, d'objets et généralement de personnages anciens.

Hallucinations mobiles multiples, souvent colorées.

Hallucinations agréables.

Il les compare aux hallucinations cinématographiques de Régis, et leur attribue, en raison de leurs caractères et des circonstances les ayant accompagnées, une origine toxique.

M. Leroy rappelle les travaux d'Otto-Veraguth (de Zurich), d'Heilbronner, et se range à l'avis de ce dernier qui, en raison de la présence de phénomènes micropsiques dans l'épilepsie, les rattache à un trouble morbide de l'écorce.

M. *de Clérambault* a observé *l'hallucination lilliputienne* telle que M. Leroy vient de la décrire, dans l'intoxication alcoolique, dans l'intoxication chloralique, et, en dehors de toute intoxication, chez un circulaire, chez un aveugle persécuté et chez un tabétique. Les malades qui présentaient ces hallucinations, sauf le circulaire, voyaient les objets environnants avec leurs dimensions réelles et avaient également des hallucinations de la vue représentant des objets avec leurs dimensions normales. Ces malades n'étaient pas effrayés, mais plutôt amusés de leurs hallucinations; deux d'entre eux disaient des petits personnages : « Ils me tiennent compagnie. »

M. *Trénel* a observé une malade, qui n'était pas une intoxiquée, mais une vieille vésanique, et qui vivait depuis des années au milieu d'un peuple de petits lutins qui ne l'effrayaient nullement.

MM. *Benon* et *Froissart* font une communication sur : **les conditions sociales et individuelles de l'état de fugue**. Au point de vue médico-légal, l'état de fugue, qu'il n'est pas possible de définir actuellement d'une façon précise au point de vue clinique, se caractérise par deux conditions. Un individu est en état de fugue quand : 1° il a quitté son domicile et n'y est pas revenu, et que 2° son entourage ne sait ce qu'il est devenu. L'existence de ces deux conditions permet de distinguer la fugue de certains états voisins. Les auteurs rapportent l'observation d'une malade qui, sous l'influence d'une crise d'angoisse qui revient tous les deux ou trois jours, quitte son domicile la nuit, et n'y rentre qu'après s'être promenée au dehors pendant plusieurs heures. C'est là un fait qui ne constitue pas une fugue. On peut le différencier au point de vue médico-legal, de la fugue vraie, en tenant compte de l'absence des deux caractères précités.

M. *Vigouroux* estime que l'on ne peut caractériser, même en se plaçant au point de vue médico-légal, un fait pathologique comme la fugue, au moyen d'une circonstance entièrement extérieure au fait : l'ignorance où se trouve l'entourage du sort de l'individu en état de fugue.

M. *Trénel* pense que les caractères choisis par MM. Benon et Froissart pour caractériser l'état de fugue au point de vue médico-légal sont

insuffisants. Pour un même individu, dont il cite l'exemple, qui a eu un certain nombre de fugues, la seconde condition s'est trouvée réalisée dans quelques cas et ne l'a pas été dans d'autres cas. Cependant, il n'existait aucune différence entre les uns et les autres, pas plus au point de vue médico-légal qu'au point de vue clinique.

René CHARPENTIER.

Société clinique de médecine mentale

SÉANCE DU 21 JUIN 1909

Paralysie générale tardive ou démence organique par lésions multiples. Lymphocytose positive. Présentation de malade.) — M. *Truelle* montre une femme de soixante et un ans, malade depuis deux ans, présentant en même temps que de l'affaiblissement intellectuel, des signes physiques semblables à ceux de la paralysie générale : inégalité pupillaire, myosis, démarche spasmodique. Le diagnostic de paralysie générale a été fait à trois reprises différentes.

D'après la marche plutôt régressive de l'affection, d'après son début par une hémiplégie gauche subite suivie d'hémiparésie, d'après l'analyse de l'état mental différent de la démence paralytique, il semble que l'on ait plutôt affaire à une cérébrosclérose lacunaire d'origine artérielle. La localisation principale des lésions dans l'hémisphère droit, dans la capsule et le corps strié expliquerait les tremblements à forme choréique prédominant à gauche et la dysarthrie.

Lymphocytose abondante sans hypertension ni sérine. Possibilité d'une méningo-encéphalite secondaire, mais ne créant pas toutefois le syndrome clinique de paralysie générale.

Un cas d'épilepsie traumatique : onze trépanations. Présentation de malade.) — M. *Legrain* présente un malade porteur d'une lésion cranienne très vaste, résultant d'une série de trépanations opérées depuis dix-huit ans. Au travers de la fenêtre cranienne, on perçoit nettement le pouls cérébral ; lorsqu'il tousse, on voit le cerveau faire brusquement une grosse hernie. Les craniotomies occupent la région pariétale gauche et s'étendent jusqu'à la suture pariéto-occipitale. Le malade ne présente aucun trouble mental, mais il a une hémiplégie droite incomplète avec contracture permanente. Point de troubles de la sensibilité.

La première craniotomie a eu lieu à la suite d'une chute sur la région cranienne pendant le service militaire et pour remédier à des accès « d'absence » durant parfois plusieurs heures. Plus tard, ces absences laissaient place à des vertiges conscients très caractérisés, et, plus tard encore, à des crises d'épilepsie jacksonienne. Les craniotomies sont disséminées sur le parcours de cette histoire. Au début, les interventions paraissent avoir amélioré l'état, mais depuis dix ans envi-

ron le malade a présenté en même temps que des crises convulsives, de la contracture permanente, tous phénomènes qui semblent bien indiquer qu'il n'y a plus rien à espérer d'une intervention chirurgicale quelconque.

M. *Picqué.* — Le malade est fort intéressant au point de vue des résultats éloignés des interventions pratiquées sur le crâne contre l'épilepsie. Dans la thèse de mon élève Paon, basée sur une série de faits observés dans les asiles, j'ai montré combien peu sont satisfaisants les résultats éloignés de la trépanation. La craniotomie offre une voie nouvelle au chirurgien. Le résultat actuel montre qu'il faut encore se montrer très réservé, d'autant plus que l'épilepsie jacksonienne est la forme la plus accessible au traitement chirurgical.

Il serait, en outre, important de savoir exactement si l'épilepsie chez ce malade a été antérieure ou postérieure à l'intervention opératoire.

Attaques comitiales : délire consécutif mnésique. (Présentation de malade). — M. *de Clérambault* montre un malade de dix-huit ans, ayant eu des vertiges et présentant actuellement, à la suite d'attaques en série, des états délirants de deux et trois jours, avec insomnie, hallucinations incohérentes, niaiserie, actes absurdes et mouvements automatiques, qui offrent cette particularité de rester entièrement présents à la mémoire du sujet. On peut se les expliquer par une réaction de terrain dégénératif consécutive à l'ictus ; on les considère comme la continuation de l'état comitial ; et, pour diverses raisons, l'auteur incline vers cette manière de voir. Le sujet présente également des accès délirants analogues à la fois au somnambulisme et aux hallucinations hypnagogiques ; ils surviennent dans le sommeil et sont suivis de souvenir.

Sclérose en plaques ayant ébauché à son début le syndrome paralytique. (Présentation de malade.) — M. *Emmanuel Benoît* présente un malade du service de M. A. Marie ayant ébauché, en juillet et août 1906, un syndrome paralytique.

Actuellement, le malade a recouvré la pleine possession de ses facultés mentales. Il y a dans la mémoire une lacune pour les accidents délirants qu'il a présentés. Au point de vue physique persiste un tabes spasmodique. Toutefois, en l'absence de tout tremblement intentionnel, quelques troubles de la sensibilité, des réactions pupillaires un peu lentes et des secousses nystagmiformes nettes font penser à l'auteur qu'il s'agit d'une sclérose en plaques fruste.

Enfin, les troubles mentaux passagers du malade : turbulence, état de confusion, cauchemars, hallucinations et illusions de la vue font penser qu'il s'est agi d'alcoolisme chronique chez un individu atteint de sclérose en plaques au début.

Délire d'interprétation chez les deux sœurs. Présentation de malades. — MM. *Leroy et Fassou* présentent deux vieilles filles de cinquante-deux et cinquante-quatre ans vivant ensemble aux environs de Paris, qui, à la suite d'ennuis d'argent, se mirent à faire un délire par interprétations.

Les moindres gestes étaient dénaturés, transformés par elles : crachait-on sur leur passage, c'était pour leur témoigner du mépris; les appelait-on « madame », c'était pour leur montrer qu'elles deviendraient enceintes; et, en effet, les deux sœurs se croient enceintes.

De ces deux malades, l'une, intelligente, présente des interprétations si nombreuses qu'elle vit dans un monde imaginaire; tout lui paraît artificiel, illusoire. Elle a créé un véritable délire de fabulation avec idées de grandeur qu'elle a imposées à sa sœur. Celle-ci, en effet, est une débile qui accepte ce délire tout en faisant aussi des interprétations pour son propre compte. Il y a là effet évident de contagion mentale.

Les auteurs n'ont pas trouvé d'hallucinations de l'ouïe chez ces malades, mais de simples illusions. Ils assistent sur ce fait qu'il n'existe aucune réaction dangereuse, et que les interprétants ne sont pas toujours des persécutés-persécuteurs. Ici même, les malades, résignées à leur sort, offrent des tendances mélancoliques (sitiophobie et mutisme intermittents).

Paralysie générale infantile. Présentation de pièces. — M. *Marchand* présente les pièces d'une jeune fille de onze ans, dont les antécédents héréditaires et permanents font défaut, qui offrait l'état mental et l'habitus extérieur d'une idiote; l'examen des fonctions motrices décelait chez elle des symptômes qui sont identiques à ceux de la paralysie générale de l'adulte. En l'absence de renseignements, le diagnostic était assez délicat; la faiblesse intellectuelle était-elle congénitale ou acquise? Certaines particularités laissaient supposer que la malade avait atteint antérieurement un certain niveau intellectuel; elle avait dû savoir se servir d'une fourchette et d'une cuiller, elle avait su marcher et parler. Macroscopiquement et microscopiquement, l'encéphale de cet enfant présentait des lésions diffuses de méningo-encéphalite subaiguë; le cortex cérébral contenait des cellules pyramidales bien développées; cette dernière constatation permettrait d'affirmer que la malade avait acquis un certain développement intellectuel avant d'être atteinte de paralysie générale. Si les sujets atteints de paralysie générale arrivent à ressembler à des idiots congénitaux, c'est que les acquisitions intellectuelles sont d'autant moins fixées que la méningo-encéphalite subaiguë apparaît plus tôt. Ce cas est un de ceux dans lesquels le début de l'affection est survenu dans les premières années de la vie; d'après certaines considérations, l'affection a dû débuter vers l'âge de cinq ou six ans.

Kyste des méninges chez un épileptique. (Présentation de pièces). — M. *Bourilhet* présente l'encéphale d'un épileptique tardif (début à trente-huit ans). Le malade est mort à l'âge de cinquante-sept ans. Il n'y a pas d'antécédents névropathiques connus dans sa famille.

A l'autopsie, kyste séreux des méninges siégeant sur le bord sourcilier du lobe frontal droit.

Comme aucun indice ne permet de savoir à quelle date le kyste s'est

développé, on reste dans l'incertitude au sujet des rapports possibles entre le kyste et l'épilepsie. On peut supposer d'autre part que certains troubles viscéraux (lésions hépatiques et rénales ont joué un rôle dans le développement de la névrose.

Électrocution et troubles mentaux. — MM. *Marie et Benoit* présentent l'encéphale d'un paralytique mort après électrocution, le traumatisme ne fut qu'un adjuvant. Les antécédents détaillés montrent la paralysie générale incipiens préalable et la parasyphilis Wasserman positif.

Un autre sujet vivant électrocuté et non spécifique n'eut que la psychonévrose traumatique avec une décharge électrique bien plus violente.

Les cas antérieurement décrits comme paralysie générale par électrocution pourraient être rapprochés du premier cas cité.

Tumeur de la dure-mère et troubles mentaux. Présentation de pièces. — M. A. *Marie*, il s'agit d'un vieil alcoolique entré après un ictus et ayant présenté une confusion démentielle progressive rapide, sans troubles moteurs bien déterminés, malgré une tumeur de la grosseur du poing comprimant la zone rolandique droite (hématome de la dure-mère avec vacuole ou grains de raisins — possibilité de kystes associés nécessitant un examen histologique ultérieur).

René CHARPENTIER.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1909

Syndrome paralytique chez une débile. Possibilité de paralysie générale Présentation de malade. — MM. *Marcel Briand* et *Brissot* présentent une jeune fille de dix-neuf ans, primitivement arriérée au point de vue intellectuel et peut-être atteinte de syphilis (héréditaire ou acquise), chez laquelle se rencontre très nettement le syndrome paralytique complet : inégalité pupillaire avec mydriase et abolition des réflexes lumineux et accommodateur; trémulation fibrillaire de la langue et des lèvres avec hésitation de la parole; disparition des réflexes rotuliens; faiblesse musculaire généralisée. L'affaiblissement en masse de toutes les facultés est aussi à peu près complet. Toute lésion diffuse du cerveau pouvant se manifester par le syndrome paralytique, une question intéressante se pose au sujet de cette malade : s'agit-il d'une paralysie générale vraie ou d'une encéphalopathie ou de toute autre lésion diffuse?

M. *Pactet.* — La présomption me paraît établie sur des bases bien fragiles. Et puis est-il absolument nécessaire d'être syphilitique pour être paralytique général?

Je sais bien que la tendance dominante du jour voudrait faire considérer la syphilis comme indispensable au développement de la paralysie générale. Mais une opinion aussi absolue ne me paraît pas être d'accord avec les faits impartialement observés.

Confusion mentale par suite de tuberculose iléo-cœcale. Guérison par intervention chirurgicale. (Présentation de malade.) — MM. *Leroy* et *Picqué* présentent une malade de trente ans, opérée en 1902, pour ganglions tuberculeux suppurés du pli de l'aine qui fit, à la fin de l'année 1908, un état de confusion mentale hallucinatoire.

Elle reste pendant quatre ans complètement désorientée, désordonnée avec une loquacité pseudo-démentielle et des hallucinations surtout visuelles. Elle ne reconnaît personne, ne prononce aucune parole raisonnable. Au point de vue physique, on ne constate chez cette femme qu'un état de maigreur, teint terreux, pas de fièvre, rien dans les urines. Un examen physique très complet ne donne aucune indication.

Au mois d'avril 1909, s'ouvre spontanément une ancienne cicatrice de l'aine gauche qui donne naissance à du pus et à des matières fécales. La malade est transférée au pavillon de Sainte-Anne où on l'opère d'un foyer de tuberculose iléo-cœcale (iléo-sigmoïdostomie). Trois jours après, la malade commence à se rendre compte du milieu où elle se trouve, recouvre la lucidité et raconte tout ce qui s'est passé pendant son délire. Elle se croyait à la tête de troupes faisant la guerre, et n'avait nulle conscience de se trouver dans un asile. La guérison est complète depuis l'intervention chirurgicale qui a supprimé le foyer infectieux, cause de ce délire onirique.

M. *Picqué*. — Chez la malade que nous vous présentons avec notre collègue Leroy, il existait une tuberculose iléo-cœcale. J'ai réséqué le cœcum en totalité et pratiqué une anastomose entre la fin de l'intestin grêle et l'S iliaque. La malade a guéri de sa lésion et de son délire.

Ce cas me paraît intéressant à verser au débat en cours à la Société médico-psychologique sur l'origine périphérique des délires. C'est bien, en effet, un délire d'origine périphérique et dépendant d'une lésion siégeant sur le cœcum.

La nature de la lésion est infectieuse, mais je tiens à faire remarquer que le syndrome infectieux manquait presque complètement chez la malade. La température était normale.

C'est par hasard que le foyer infectieux profond qui a été le point de départ du délire s'est extériorisé sous la forme d'un abcès ouvert à la région inguinale.

Si cet abcès ne s'était pas produit, il eût été difficile, aussi bien pour le chirurgien que pour l'aliéniste, de reconnaître l'existence de ce foyer, et la malade aurait été certainement classée dans le cadre des confusions mentales primitives dont quelques-uns veulent faire une entité morbide.

Les travaux de Ballet de M. Maurice Faure indiquent bien cette tendance.

L'analyse de ce cas montre d'autre part qu'on ne saurait le faire rentrer dans le cadre des délires infectieux, puisque la clinique réserve cette dénomination aux délires produits, comme chez notre malade, par un

foyer infectieux, mais qui s'accompagnent, en outre, comme dans le délire puerpéral, qui en constitue le type, du syndrome de la septicémie générale. Il faut, selon moi, lui réserver une place à part dans la pathogénie des délires d'origine périphérique. C'est un point sur lequel je me propose de revenir à la Société médico-psychologique. Quant à la place qu'occupe la tuberculose dans la pathogénie des délires d'infection, il serait utile, selon moi, de distinguer le cas de tuberculose simple de ceux compliqués, comme chez notre malade, d'infection banale. Cette distinction ne semble pas avoir été faite jusqu'à présent, et elle me paraît capitale.

M. *Magnan*. — M. Leroy ne me semble pas avoir assez tenu compte, dans son observation, du terrain sur lequel s'est développé le délire. La forme et l'évolution de ce délire s'observent communément dans la dégénérescence mentale.

Réponse de M. Picqué. — Mon intention était de me borner aux précédentes explications et de me renfermer dans mon rôle de chirurgien, mais notre éminent président vient de formuler quelques réserves sur le peu de renseignements que M. le présentateur a donnés sur les antécédents héréditaires de la malade et a fait, d'autre part, présenter dans ce cas la possibilité d'une coïncidence entre l'opération et la guérison. Je demande à mon collègue la permission de lui répondre ces quelques mots et de me placer ainsi sur le terrain doctrinal.

Mon but n'a nullement été d'amoindrir l'importance de la doctrine de la dégénérescence que M. Magnan a défendue avec tant d'autorité dans notre pays.

Mes élèves, dans les travaux que je leur ai inspirés, et moi-même, avons toujours fait la plus large place à l'œuvre du maître de la psychiatrie française.

Nous avons toujours dit qu'il fallait tenir compte dans ces délires de la graine et du terrain de la maladie et du malade. Ce n'est pas amoindrir cette doctrine que de prétendre qu'à côté des influences morales que peuvent produire le délire sur un terrain dégénératif, d'autres causes, parmi lesquelles les infections chirurgicales, peuvent aussi lui donner naissance.

Le cas que nous présentons, M. Leroy et moi, n'est pas isolé : chez cette femme, c'est trois jours après une opération qu'un délire datant de plusieurs mois a disparu complètement. J'ai publié bien d'autres observations de ce genre. On ne peut vraiment pas admettre de coïncidence. La malade avait déliré avant la maladie actuelle, elle pourra délirer après sous d'autres influences morales. La récidive ne pourra amoindrir le résultat obtenu par la chirurgie.

Un cas d'aphasie avec démence. (Présentation de malade.) — M. *Couchoud* montre une malade atteinte d'aphasie de Wernicke avec logorrhée, excitation, défaut d'attention, idées délirantes et troubles passagers de la

conduite. La malade ne retrouve spontanément qu'un petit nombre de mots. Pour les autres, elle emploie des périphrases ou adopte indifféremment le nom qu'on lui propose. Elle ne comprend que quelques mots; elle interprète d'après eux ou devine sur la mimique l'ordre qu'on lui donne. Elle reconnaît les signes isolés, lettres ou chiffres, mais est incapable de les assembler. Elle épelle les mots imprimés sans pouvoir les lire. Elle copie l'imprimé lettre par lettre, en cursive, elle ne peut écrire sous dictée que ce qu'on lui épelle. Pas de troubles sensoriels. Pas de troubles de la parole. L'impossibilité où est la malade de communiquer avec les autres personnes pourrait faire croire à un affaiblissement intellectuel bien plus profond que celui qu'elle présente en réalité.

Anomalie artérielle probable chez une mélancolique. (Présentation de malade.) — M. *Juquelier* présente une malade de quarante-huit ans, atteinte de délire mélancolique et chez qui on ne perçoit pas de battements artériels dans tout le membre supérieur droit. Comme il n'existe pas de signes d'ectasie, d'oblitération récente ou de tumeur comprimant les vaisseaux, il s'agit probablement d'une anomalie de volume et de distribution des artères. Cette particularité a été constatée quelques semaines seulement avant l'entrée à l'asile.

Un cas de folie intermittente, secousses myocloniques et délire de possession prémonitoires des accès. (Présentation de tracés.) — MM. *Rogues de Fursac* et *J. Capgras*. — Cette malade, âgée de soixante-sept ans, a des accès maniaques intermittents depuis l'âge de dix-huit ans; intermittences d'abord très longues et ensuite de plus en plus courtes, si bien que dans ces dix dernières années, il s'est produit neuf accès. Il n'existe aucune trace d'affaiblissement intellectuel. Trois semaines environ avant l'accès de grande agitation, apparaissent des secousses myocloniques généralisées, instantanées et involontaires. Ces secousses disparaissent pendant l'accès, se montrent de nouveau quand il touche à sa fin et cessent quand la malade retrouve son état normal. Pas de symptômes d'épilepsie ou d'hystérie. En outre de cette myoclonie, comme signal symptôme de l'accès, survient un délire de possession transitoire avec glossolalie, extrêmement fugace et récidivant.

Un cas d'aphasie motrice pure, sans surdité ni cécité verbales, chez une démente polyglotte, n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable. (Présentation de pièces.) — MM. *Marcel Briand* et *Brissot* présentent le cerveau d'une femme polyglotte, atteinte d'aphasie motrice pure, sans surdité ni cécité verbales.

Les lésions observées sont les suivantes :

1° Hémisphère gauche. — *Premier foyer de ramollissement* détruisant la presque totalité de la zone frontale;

2° Hémisphère droit. — *a*) *Deuxième foyer de ramollissement* intéressant la zone de Wernicke;

b) *Troisième foyer de ramollissement* limité à la moitié postérieure des deux lèvres de la scissure perpendiculaire interne.

Cette malade, examinée pour la première fois à la Salpêtrière, en 1898-1899, par M. le professeur Dejerine, qui a publié une partie de son observation dans le traité de pathologie générale (*Séméiologie*, t. V), n'a jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable.

Un cas de tumeur cérébrale latente. (Présentation de pièces.) — MM. *A. Marie* de Villejuif et *Benoit* présentent les pièces d'un malade considéré comme dément sénile, à l'autopsie duquel on trouva une tumeur cérébrale de nature fibreuse d'après l'examen de MM. Caussade et Scheffer. La maladie avait débuté par une fugue. L'âge du malade, sa désorientation, son affaiblissement intellectuel, une certaine incohérence dans le langage, quelques vagues idées de persécution et des propos de tournure érotique traçaient assez bien le tableau d'une démence sénile.

Le malade n'a jamais eu aucun trouble de la motilité, aucun trouble de la sensibilité, sauf une céphalée sans caractère, aucun trouble viscéral si ce n'est une incontinence intermittente des matières.

Les auteurs font remarquer que la tumeur siégeait précisément en un lieu de tolérance, sous l'extrémité antérieure des lobes frontaux et comprimait seulement le centre d'association antérieur à l'exclusion de toute zone psychomotrice et de tous nerfs, sauf les nerfs olfactifs.

René CHARPENTIER.

Société de psychologie

SÉANCE DU 4 JUIN 1909

M. *Dagnan-Bouveret* présente un malade âgé d'une trentaine d'années, atteint depuis plus de dix ans de surdité et de cécité complète, de la psychologie duquel il a fait une étude approfondie.

La discussion s'engage sur la nature des images, visuelles ou kinesthésiques, à l'aide desquelles le malade se représente le monde extérieur.

M. *Piéron* étudie *la mémoire sensorielle* chez les animaux inférieurs. Il rappelle les travaux antérieurs et rapporte les recherches personnelles sur un gastéropode, la patelle. La patelle se déplace sur les rochers, de manière à revenir toujours exactement à son point de départ : différentes opérations prouvent qu'elle utilise, pour le faire, la mémoire tactile et la mémoire musculaire.

M. *Janet* relate l'observation d'une femme qui, après avoir conclu des propos tenus dans son quartier, qu'un dentiste du voisinage allait l'épouser et après avoir attendu la demande pendant quelque six mois, est venue à la Salpêtrière demander confidentiellement si on ne la voyait pas nue sans ses vêtements, question qu'elle a déjà posée à plusieurs prêtres au confessionnal. M. Janet estime que, vu la manière dont s'exprime cette crainte morbide, la malade manifeste comme une obsédée.

M. *Séglas* voit plutôt, dans ce cas, un délire chronique à base d'interprétation, car l'incident du dentiste est une partie capitale du tableau morbide. CH. BLONDEL.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1909

M. *G. Dumas*, à propos d'une *association amicale d'aliénés*, s'attache à l'examen des réactions collectives des aliénés et rappelle comment, en presque toutes les circonstances connues, d'incendie, de révolte, etc., les aliénés se sont comportés collectivement comme des normaux.

M. *Bernard-Leroy*, à l'aide d'un rêve personnel, propose une nouvelle interprétation de *l'inversion du temps dans le rêve*, dont le type classique est le rêve de la guillotine de Maury. M. Bernard-Leroy pense que la sensation provocatrice du rêve n'est pas perçue en tant que telle, mais comme perception finale du processus associatif qu'elle provoque inconsciemment.

M. *Ch. Blondel* rapporte l'observation d'une débile chez laquelle, sur un fond primitif de *dépression psychique* et d'inhibition affective se sont développées *des obsessions, des impulsions et des interprétations délirantes*. CH. BLONDEL.

Société d'hypnologie et de psychologie

SÉANCE DU 15 JUIN 1909

La délinquance juvénile et la rééducation morale. — M. *Jules Voisin*. — La statistique de l'école de réforme de la Salpêtrière montre que les deux grandes causes de la délinquance juvénile sont: 1° le manque d'éducation de l'enfant et les mauvais exemples; 2° les modifications pathologiques de l'intelligence d'origine héréditaire, à savoir la débilité et la perversion. Pour prévenir cette criminalité infantile, il faut non seulement lutter contre les facteurs de la dégénérescence mentale, la tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme, mais aussi donner à l'enfant une éducation morale solide, lui éviter les occasions de vagabondage et organiser à sa sortie de l'école son éducation manuelle par l'apprentissage.

Rôle de l'hypnotisme dans la rééducation de la volonté. — M. *Bérillon*. — Les deux effets fondamentaux de l'hypnotisme sont: 1° provoquer l'état de monoidéisme désigné souvent sous le nom d'*expectant attention*.

2° Réaliser, à leur maximum, les phénomènes d'arrêt, d'inhibition, que Ferrier et d'autres physiologistes localisent dans les lobes frontaux.

Or, d'après M. Ribot, le point le plus élevé que puisse atteindre l'attention volontaire, c'est justement l'état d'*expectant attention* qui n'est autre que l'hypnotisme lui-même.

D'autre part, la plus haute expression de la volonté réside justement dans l'apparition des pouvoirs d'arrêt susceptibles de neutraliser les effets d'émotions et d'impulsions.

Par déduction logique, la production de l'hypnotisme, loin d'affaiblir la volonté, comme on le répète si souvent, constituerait, au contraire, le mode d'entraînement le plus propre à la cultiver et à la fortifier.

C'est ce que l'expérience est venue confirmer.

Des abouliques déprimés, placés systématiquement dans l'état d'hypnotisme, sans qu'aucune suggestion intervînt, ont vu, par la seule répétition de ces exercices, réapparaître leurs aptitudes à appliquer leur volonté. La réalisation de l'*expectant attention* n'a pas tardé à rétablir leur pouvoir d'application volontaire. La mise en jeu des centres d'arrêt leur a également permis de résister à leur impulsion.

L'emploi de l'hypnotisme constitue donc un procédé des plus légitimes et des mieux indiqués dans le traitement des aboulies par défaut ou par excès d'impulsion.

La rééducation professionnelle après les traumatismes. — M. *Bérillon*. — Dans un grand nombre de professions où la dextérité manuelle et l'entraînement ininterrompu jouent un rôle important, les traumatismes exercent l'influence la plus défavorable.

Il est extrêmement fréquent que la suspension d'activités habituelles et l'immobilité nécessitée par le traitement réalisent une sorte d'ankylose mentale mettant obstacle au rétablissement des aptitudes professionnelles.

S'il convient donc d'engager ces malades à ne négliger aucune occasion d'entretenir leurs aptitudes professionnelles, il faut également se préoccuper de procéder à leur rééducation quand ils éprouvent quelque sensation d'impuissance à se remettre au travail.

Ces applications nouvelles de la psychothérapie s'adressent surtout aux artistes musiciens, aux ouvriers d'art, prédisposés à ressentir d'une façon profonde les effets des traumatismes.

L'emploi de la suggestion hypnotique constitue la méthode, non seulement la plus efficace, mais aussi la plus rapide pour le traitement des aboulies et de ces états d'impuissance motrice contre lesquels, livrés à leurs propres forces, les traumatisés sont le plus souvent impuissants à réagir.

(*A suivre.*)

Le Gérant : G. DELARUE.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES CONTEMPORAINS

Le Professeur E. MORAVCSIK
Secrétaire général de la Section de Psychiâtrie
au Congrès de Budapest.

L'Informateur
des Aliénistes et Neurologistes

H. DELARUE & Cie, Éditeurs
Paris

4e Année N° 9 25 Septembre 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

CHRONIQUE

Le Congrès de Budapest [1]

SEIZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
(29 août-4 septembre 1909.)

Le seizième Congrès international de médecine, qui vient de tenir ses assises à Budapest, a été un succès, tant par le nombre des congressistes (plus de 4 000) que par la parfaite organisation des divers services, et par l'importance des questions traitées dans les différentes sections.

La séance d'ouverture a eu lieu le dimanche 29 août. Elle a été inaugurée par l'archiduc Joseph, qui a souligné dans son discours l'importance de plus en plus grande de la science médicale dans la vie des États. Puis le comte Albert Apponyi, ministre de l'instruction publique, parlant au nom du gouvernement royal et de la nation hongroise, a souhaité la bienvenue aux congressistes, et a montré qu'aujourd'hui la suprématie, parmi les nations, appartient à celles qui mettent au premier rang la prépondérance intellectuelle et morale, glorifiant les résultats qui sortent du grand effort contemporain de la science médicale.

Parmi les réponses des représentants des gouvernements étrangers, on a tout particulièrement remarqué le beau discours de M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président de la délégation chargée de représenter le ministère de l'instruction publique et des beaux-arts de la République française.

*
* *

Les travaux des différentes sections ont commencé le lundi 30 août.

1. Le compte rendu analytique des travaux des sections de psychiatrie et de neurologie paraîtra dans *l'Encéphale*.

M. le professeur Moravcsik, président du bureau hongrois de la section de psychiatrie, assisté de M. de Babarczi, vice-président, et de M. Hudovernig, secrétaire, a ouvert les débats par une très belle allocution en français, dont nous ne pouvons résister au plaisir de citer quelques passages : « Les congrès jouent un rôle de plus en plus important ; ils sont la manifestation vivante de cette force gigantesque qui existe dans la réunion et le groupement de savants de diverses nations qui s'assemblent pour un but supérieur. A côté de cette force, disparaissent les murs que dressent les conjonctures extérieures, les circonstances politiques, et les aspirations et revendications nationales et sociales. Ici, tous les hommes communient dans un sentiment élevé de la science qui est éternelle et de l'amour humanitaire qui est notre cheville ouvrière... Ces congrès favorisent l'appréciation et l'estime réciproques à la suite des relations personnelles qui s'y établissent. Les rapports, les discussions font mûrir de nombreuses idées et donnent l'impulsion à une foule d'autres. La psychiatrie, qui passe actuellement par des transformations essentielles, profite de cela plus que tout autre branche de la médecine. »

Sont ensuite nommés par acclamation présidents d'honneur des séances : MM. Anton, Bœck, Bresler, Band, Catsaras, Colin, Cramer, Crocq, Van Deventer, Dupré, Friedlander, Gveidenberg, Hébold, Keraval, Krudener, Ley, Lépine, Mac Donald, Moreira, Marie, Maillard, Pactet, Peretti, Régis, Rossolimo, Roubinovitch, Rouby, Schloss, Ferreira, Stewald, Sommer, Snell, Tschitsch, Tamburini, Wuschmidt, Weygandt, Wagner von Jauregg.

Nous ne donnons ici qu'une énumération succincte des rapports présentés :

La classification des maladies mentales, par MM. Gilbert Ballet et Gaston Maillard (Paris), Kéraval (Paris), Bresler (Lublinitz) ; Les troubles nerveux et psychiques de l'artériosclérose, par MM. Cramer (Göttingen), Moreira (Rio de Janeiro), Tschitsch (Jurjew), Olah (Budapest) ; L'imbécillité au point de vue clinique et médico-légal, par MM. Weygandt (Hamburg), Sommer (Giessen), Fischer (Budapest) ; Essai de psychiatrie pédagogique des enfants difficiles, par M. Roubinovitch Paris ; Sur la possibilité d'établir le canon psychique (les mesures psychiques moyennes) de l'homme normal, par M. Ranschburg (Budapest) ; La paranoïa, par M. Salgo (Budapest) ; L'assistance des aliénés à domicile, par M. Van Deventer (Amsterdam) ; Les troubles psychiques de l'épilepsie, par M. Hébold (Berlin) ; L'hystérie et la méthode moderne de psychoanalyse, par M. Friedlander (Francfort-sur-Mein).

En plus de ces rapports, qui ont donné lieu à d'intéressantes discus-

sions, ont été présentées de nombreuses communications, dont le lecteur trouvera le résumé dans le prochain compte rendu de *l'Encéphale.*

Au cours des séances plusieurs déterminations ont été prises :

Sur la proposition de M. Weygandt, la section proposera au Congrès international de psychiatrie, qui doit se tenir à Berlin en 1910, qu'il soit fait un rapport sur la théorie de l'hystérie de Freud, avec deux rapporteurs, l'un pour et l'autre contre.

On décide, sur l'initiative de M. Sommer, la création d'une commission internationale, chargée d'établir le canon psychique de l'homme normal. MM. Binet, Maillard, A. Marie, Roubinovitch, sont nommés pour la France.

M. Roubinovitch fait voter le vœu suivant : « La section de psychiatrie émet le vœu que, dans tous les pays civilisés, les enfants difficiles soient, comme en Hongrie, obligatoirement soumis à un examen médico-légal, psychiatrique et pédagogique, et traités au besoin, d'une façon aussi précoce que possible, dans des établissements médico-pédagogiques appropriés, dépourvus de tout caractère pénitentiaire. »

Les travaux de la section de psychiatrie ayant pu être terminés le jeudi 2 septembre, la journée de vendredi fut consacrée à la visite de différents service psychiatriques, en particulier de la splendide clinique de M. le professeur Moravcsik, du laboratoire de psychologie de M. Ranschburg, et du très bel et tout à fait moderne asile d'aliénés de Lipotmezo, près de Bade.

***

La section de neuropathologie était présidée par M. le professeur Jendrassik, assisté de M. Schaffer, secrétaire. M. le professeur Jendrassik a ouvert la première séance par une très belle allocution, également prononcée en français.

Les travaux ont été, là aussi, très nombreux et les séances très suivies. Voici les rapports qui ont été présentés : Diagnostic et traitement des tumeurs de la moelle, par M. Oppenheim (Berlin) ; Les paralysies pseudo-bulbaires, par M. Roth (Moscou) ; Le diagnostic des tumeurs de l'hypophyse, par M. Frankl-Hochwart (Vienne) ; Le paludisme cérébral, par M. Catsaras (Athènes) ; Le rôle des bactéries dans la pathologie du système nerveux central, par M. Homen (Helsingfors) ; L'interprétation de l'aphasie, par M. Dercum (Philadelphie) ; Sur l'hémianopsie, par M. Henschen (Stockholm) ; Impulsions sensorielles dans le cerveau et la mœlle épinière, par M. Head (Londres) ; Traitement de la névralgie faciale par les injections modificatrices locales, par M. Sicard (Paris) ; La fonction des cellules nerveuses, par M. Obersteiner (Vienne), M. Lugaro

(Messine) ; Les localisations mnésiques, par M. Adamkiewitcz (Vienne) ; Connexions centrales du nerf hypoglosse, par M. Mingazzini (Rome) ; Les voies sensitives médullaires, par P. Petren (Upsal) ; Méthode de coloration des fibres nerveuses, par M. Donaggio (Messine) ; Troubles de la miction et de la défécation consécutifs aux lésions expérimentales du cône terminal, par M. Roussy (Paris).

Le Congrès s'est terminé officiellement le samedi 4 septembre, par un discours de M. C. Muller, président du Congrès, qui, après avoir exprimé ses remerciements et sa conviction de l'importance des résultats obtenus, a donné rendez-vous à tous pour le dix-septième Congrès international de médecine, à Londres, en 1913.

G. MAILLARD.

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Faculté de médecine de Budapest. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Arthur von Sarbo, privatdocent de neurologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur E. Lugaro est nommé professeur extraordinaire de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Giorgio Pardo, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Oedon Nemeth est nommé privatdocent de psychiatrie médico-légale.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement de juillet 1909

M. Girma, directeur administratif de l'asile d'Armentières, est promu à la deuxième classe de son grade.

M. le docteur Thibaud est nommé médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise).

M. le docteur Ameline, médecin adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé directeur médecin de la colonie agricole d'aliénés de Chezal-Benoit (Cher) (poste créé).

NOUVELLES

Maison nationale de Charenton

Les médecins directeurs, médecins en chef, et médecins adjoints de classe exceptionnelle des asiles publics d'aliénés ont été invités par plusieurs insertions au *Journal Officiel* à faire acte de candidature au ministère de l'intérieur pour le poste de médecin en chef de la maison nationale de Charenton qui sera vacant à partir du 1er novembre 1909, par suite de la mise à la retraite du docteur Ritti ; le registre d'inscription des candidatures a été clos le 15 septembre.

Faculté de Paris

Clinique des maladies du système nerveux. — Cours complémentaire et pratique (2e série) de neurologie, sous la direction de M. le professeur F. Raymond, avec la collaboration de MM. Claude, professeur agrégé de la Faculté ; Huet, chef du laboratoire d'électrothérapie à la Salpêtrière ; Lejonne, ancien chef de clinique à la Salpêtrière ; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux ; Lhermitte, chef de laboratoire ; Touchard, chef de clinique.

Le cours commencera le lundi 27 septembre 1909, à quatre heures et demie. Il comprendra trente leçons. Les leçons auront lieu tous les jours à la clinique Charcot, à quatre heures et demie, sauf le dimanche. Chaque leçon sera accompagnée de présentation de malades, d'exercices de séméiologie et de diagnostic par les élèves. Ce cours constituera une revision complète de neurologie.

Le droit d'inscription est fixé à 80 francs. Des certificats d'assiduité seront délivrés à la fin du cours.

Pour renseignements et communication du programme détaillé, s'adresser à M. Touchard, chef de clinique à la Salpêtrière

Académie des sciences

L'Académie des sciences vient de décerner les prix Montyon, Bréant, Godard, Larrey, Bellion.

Pour un des prix Montyon, une citation est accordée à MM. Henri Claude et Jean Camus pour leur ouvrage intitulé : *Précis de pathologie générale*.

Société de biologie

Le docteur H. Claude est élu membre titulaire de la Société de biologie.

COMMUNIQUÉS

Cinquième Congrès belge de neurologie et de psychiatrie

La cinquième session du Congrès annuel des aliénistes et neurologistes belges se tiendra à Mons, les 25 et 26 septembre 1909.

Cette réunion promet d'être aussi intéressante que les antérieures (Liége, Bruxelles, Anvers et Gand).

Les aliénistes et neurologistes de toutes nationalités sont admis comme membres du Congrès.

Le bureau du Congrès est ainsi constitué :

Président d'honneur : M. Lejeune, ministre d'État.

Présidents : MM. Meeus, président de la Société de médecine mentale ; Decroly, président de la Société de neurologie.

Vice-présidents : MM. Maere, vice-président de la Société de médecine mentale ; d'Hollander, vice-président de la Société de neurologie.

Secrétaire général : M. le docteur Clerfayt, médecin en chef de l'asile de Mons.

Les rapports qui seront discutés sont :

Neurologie. — Professeur Joris (Bruxelles) : *les Voies conductrices neuro-fibrillaires.*

Psychiatrie. — Docteur Deroubaix (Froidmont) : *Pychose systématisée à base d'interprétations délirantes.*

Psychologie. — Docteur Ioteyko (Bruxelles) : *le Surmenage scolaire.*

Indépendamment des questions mises à l'ordre du jour, les membres du Congrès peuvent faire des communications intéressant les sciences neurologique et psychiatrique.

Nota. — Le prix d'adhésion au Congrès est de 10 francs ; adresser les adhésions au docteur Crocq, secrétaire permanent du Congrès, 62, rue Joseph II, à Bruxelles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société d'hypnologie

SÉANCE DU 15 JUIN 1909

(*Suite et fin.*)

La rééducation des fonctions digestives. — M. *Paul Farez.* — En dehors de la rééducation dans les grandes psychonévroses gastro-intestinales, il y a une rééducation, plus terre à terre, mais indispensable, qui doit s'adresser aux gens, en apparence bien portants, que guette la dyspepsie ou que celle-ci a déjà atteints. Presque tout le monde s'alimente d'une manière irrationnelle, non pas tant dans le fond que dans la forme ; la façon de manger est plus importante que ce qu'on mange ; on triture à peine les aliments, on les insalive insuffisamment, on les engloutit prématurément, on en avale une grande quantité sans l'avoir ni mâchée ni insalivée du tout ; au lieu de déguster ce qu'on mange, on l'engloutit ; on

expédie le repas comme une corvée ; on ne pense pas à ce qu'on mange ; pendant le repas, si l'on est seul, on se laisse captiver par une lecture attachante ; si l'on est en famille, on s'entretient des affaires, des soucis, des ennuis, des préoccupations, on discute, on se querelle, on se met en colère contre les enfants au lieu de prendre ses repas avec bonne humeur et gaieté. Pour ce qui concerne surtout la quantité de l'alimentation ou de la boisson, le nombre, l'heure ou le rapprochement des repas, on est esclave de sensations déviées ou de besoins factices ; on est victime d'une foule d'opinions préconçues, de préjugés, de mauvaises habitudes, et qu'il convient de combattre ou de redresser. L'observance de l'hygiène morale de l'alimentation dispenserait presque toujours de médication et souvent de régime ; elle est l'*a b c* de toute thérapeutique et de toute rééducation digestives. Le médecin devra convaincre son client de ces vérités générales, lui souligner ses fautes individuelles, l'aider à les corriger même par des moyens auxiliaires ou des artifices, triompher de ses résistances et obtenir sa docilité persévérante ; ainsi il permettra aux gastropathes fonctionnels de guérir vite et facilement ; quant aux autres, il les empêchera de devenir dyspeptiques ; par surcroît, il les aura tous aidés à s'affranchir des mauvaises habitudes ou de l'impulsivité et à développer la maîtrise de soi.

L'autosuggestion graphique dans le traitement des psychonévroses. — M. *Hurtrel* (d'Amiens) expose les succès qu'il a obtenus par les exercices de psychothérapie graphique, suivant la méthode de M. Bérillon, chez des psychasténiques. Ces exercices doivent être variés suivant la mentalité du sujet et ses dispositions du moment. Les malades qui se disent trop fatigués pour copier les textes qu'on leur recommande acceptent volontiers d'écrire la description de leurs phénomènes morbides, ainsi que leurs bonnes résolutions, leur amélioration, ou leur espoir de guérison ; il y a là une nouvelle forme d'autosuggestion très favorable à la réussite de cette thérapeutique.

M. *Bérillon.* — La psychothérapie graphique, lorsqu'elle est méthodiquement et systématiquement appliquée, offre cet avantage que la rééducation de l'attention, de l'application, de l'effort volontaire, de l'initiative s'effectuent d'une façon pour ainsi dire automatique. A la seule inspection des cahiers de traitement, je puis formuler un pronostic. Lorsque les progrès se manifestent dans l'exécution des exercices graphiques, je puis pronostiquer une terminaison promptement favorable.

La rééducation du *self control* dans le traitement de la morphinomanie. — M. *Jennings.* — L'hypnotisme est utile chez les morphinomanes anormaux et impulsifs ; chez les pondérés, il faut, par la persuasion, exalter le désir de se soustraire à la tyrannie de l'habitude, les entraîner à faire œuvre d'initiative, de résistance. Dans ces cas, l'hypnotisme doit paraître non au début, mais à la fin, comme planche de salut, pendant les jours difficiles, dans les moments les plus critiques ; dans le traitement de la morphinomanie, il faut se préoccuper non seulement de l'état mental,

mais aussi de la détresse somatique. Dans la cure de l'alcoolisme, l'hypnotisme est le principal agent thérapeutique.

M. *Bérillon.* — La cure psychologique de l'alcoolisme comporte non seulement la rééducation de la volonté, mais également celle du jugement. L'abus des excitants alcooliques s'accompagne toujours de dispositions à raisonner d'une façon défectueuse. Le redressement mental n'est complet que si l'on se préoccupe de transformer certains préjugés fortement enracinés dans le cerveau de tout alcoolique.

M. *Le Menant du Chesnais.* — Je ne considère un alcoolique comme guéri que quand il se transforme en apôtre et que je l'ai amené à faire du prosélytisme en faveur de la sobriété. Il y a là une pierre de touche de la guérison que je crois utile de signaler.

Le traitement de la paresse. — M. *Laumonier.* — Il y a plusieurs sortes d'enfants paresseux. Ceux qui le sont en toutes circonstances, aussi bien à la maison et même au jeu qu'à l'école, présentent presque tous des stigmates d'un hérédo-arthritisme avancé; leur indolence est le résultat de cette insuffisance fonctionnelle généralisée qui caractérise la diathèse à sa période préterminale. Le traitement qui leur convient est à la fois psychique et physique. Ce dernier ne doit pas être plus négligé que le premier; il se ramène à diminuer les excitations alimentaires, musculaires, nerveuses, etc., de telle manière que les fonctions réduites de l'enfant soient sollicitées seulement dans la mesure de ce qu'ils sont capables de rendre.

M. *Fiessinger.* — Il arrive souvent que des enfants paresseux au cours de leurs études ont réussi dans la vie. Je crois qu'il ne s'agissait pas de paresse véritable, mais beaucoup plus d'une curiosité intense qui les portait à disperser leur attention sur des sujets multiples.

M. *Bérillon.* — La paresse scolaire est parfois la manifestation d'un sens réfléchi, loin d'être un défaut. Un enfant intelligent, doué d'aptitudes déterminées, se rendant compte que les enseignements classiques contrarient sa vocation, se défend en négligeant ses études et reporte son attention sur des sujets plus intéressants. C'est ce qui est arrivé pour Darwin qui, tout enfant, préférait s'intéresser aux insectes et aux plantes, plutôt que de les étudier dans les livres.

Un cas grave d'anorexie mentale; guérison. — M. *Tarrius* (d'Épinay). — Une jeune fille de dix-huit ans (taille 1 m. 45), d'apparence squelettique, ne pesant que 18 kilogrammes, repousse toute alimentation par peur de grossir. Soignée à la maison d'Épinay par l'isolement et l'alimentation forcée, elle fut guérie en moins de six mois, et parvint à dépasser le double du poids qu'elle avait à son entrée.

M. *Bérillon.* — Chez les vingt adolescentes anorexiques que j'ai observées, j'ai constaté une disposition marquée à l'avarice. Cette tendance est la note dominante de leur état mental. Elle persiste même après la guérison. Dans plusieurs cas, cette disposition avait sa source

manifeste dans l'imitation des ascendants des malades, faisant preuve d'une avarice notoire.

La dynamogénie et l'inhibition dans le traitement de l'hystérie et de la neurasthénie. — M. *Yrigoyen* (de Saint-Sébastien). — L'hystérie est surtout spasmodique, et la neurasthénie asthénique. Contre les deux, on devra pratiquer l'invigoration des moyens défensifs, pour obtenir l'inhibition dans le cas de l'hystérie, et la dynamogénie dans le cas de la neurasthénie. La psychothérapie est un des facteurs les plus efficaces de l'exaltation du tonus vital.

L'anesthésie hypnotique en art dentaire. — M. *Bouchard* rapporte des observations de douleurs enlevées par l'hypnotisme, dans des cas d'extraction dentaire, de racines abcédées, de carie, etc. Il préconise l'emploi de l'hypnotisme en art dentaire, pour les raisons suivantes : avantage de temps, de préparation, de durée illimitée; aucune contre-indication; innocuité absolue; résultats certains; suppression de la peur du dentiste et de l'angoisse que produit tout l'instrument dentaire, particulièrement le tour à fraiser.

L'algomanie. — M. *Lemesle* passe en revue de nombreux cas d'algomanie ou manie de la douleur, collective ou individuelle, transitoire ou continue, empruntés aux différentes religions, catholique, juive, mahométane, bouddhique, ainsi qu'à la vie sociale. L'algomanie répond tantôt à un besoin d'émotion, tantôt à un désir d'ostentation, tantôt à la soif du renoncement religieux. L'imitation et la contagion morale la répandent dans les masses; elle est parfois proche de la démence.

Quelques faits de la clinique de psychothérapie de Lille. — M. *Paul Joire* cite de nombreux cas de malades qui, pendant un ou deux ans, ont suivi les traitements les plus divers sans aucun résultat, et ont été très rapidement guéris en quelques séances d'hypnotisme; on devrait donc, sans faire perdre aux malades un si long temps, leur conseiller, tout de suite, l'hypnotisation. Les choréiques, qui passent pour être difficilement hypnotisés, l'ont été facilement, grâce au traitement collectif qui exalte la réceptivité à la suggestion. Les crises dites hystéro-épileptiques ont été traitées préventivement par la suggestion faite aux sujets de s'endormir dès qu'ils sentiraient venir la crise; un sommeil suggéré a remplacé la crise habituelle (méthode substitutive). Pendant l'hypnose, un ingénieur a retrouvé les détails d'une invention importante dont il avait égaré les croquis, et dont il avait perdu le souvenir depuis six mois.

Éloge de Liégeois. — M. *Guilhermet.* — Liégeois est le premier légiste qui se soit occupé scientifiquement de la question médicale de l'hypnotisme pour en fixer les applications au droit criminel, au droit civil et à la médecine légale. On se rappelle ses démêlés avec Brouardel, à propos de Gabrielle Bompard, laquelle, pour Liégeois, n'a été que l'exécuteur inconscient d'une volonté criminelle. Liégeois a montré que l'hypnotisme peut être la cause d'erreurs judiciaires, et qu'il devrait être étudié à la fois par le juge, par l'expert et par l'avocat. L. PARROT.

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

A PROPOS
DU
CONCOURS SPÉCIAL DE LA SEINE

Réponse à M. X.

Vous connaissez la « Revue départementale » : nous en avons déjà causé. C'est, ainsi qu'elle vous l'expose elle-même dans l'azur de sa première page, « l'organe administratif de France qui a le plus de lecteurs », qui est honoré de multiples recommandations et souscriptions ministérielles, auquel sont abonnés « tous ceux qui ont le souci de ne pas rester dans l'ornière de la routine », et qui est servi « à titre d'essai aux six cents mille conseillers généraux, d'arrondissement, municipaux », et autres.

La « Revue départementale » n'a donc pas besoin de réclame, et ce n'est pas pour lui en faire qu'ici j'en parle à nouveau. Mais cette honorable publication m'a fait deux fois déjà l'honneur de me comprendre parmi les six cent mille notables qui sont les heureux destinataires de ses gracieux envois. Je lui rends sa politesse.

Aussi bien, cette publication est autre chose que l'organe administratif qu'elle annonce modestement. Elle s'occupe aussi de science, d'histoire, de philosophie et de morale. Sa devise est : « Décentralisation et concours. Mort au favoritisme. » Son but est tout uniment la transformation de tous les organismes sociaux, et, au premier rang des préoccupations que comporte ce noble idéal, figure la restauration de la psychiatrie française.

La « Revue départementale » s'est attelée à cette grande œuvre en commençant par la Seine. Elle nous a affirmé, sans preuves, que dans ce département, les emplois de médecin des asiles n'allaient « ni aux plus anciens, ni aux plus savants », mais étaient distribués à coups de faveurs et d'intrigues aux plus remuants et aux mieux en cour, et, pour mettre fin à toutes ces vilenies, elle a défendu avec une chaleur toute particulière l'institution d'un concours spécial. Après des vicissitudes que chacun connait, ce concours a eu lieu. La « Revue départementale », dont la compétence paraît sans limites, s'est déjà félicitée des résultats scientifiques et moraux qu'il a produits ; déjà elle a enregistré un relèvement notable du niveau

de la psychiatrie et de la dignité des aliénistes ; et, comme elle est un organe de principes, dégagé de tout particularisme étroit... et puissant, il faut s'attendre d'ici peu, à voir établir un concours spécial *dans chaque département*, pour le recrutement des médecins d'asiles. Après quoi, il ne restera plus qu'à appliquer la formule de la « Revue » à tous les fonctionnaires, à commencer par les préfets et en continuant par... les chefs de service des préfectures.

Ce programme a la simple clarté des théories en chambre ; il se tient au-dessus des contingences de la vie courante. N'en dérangeons donc pas la belle ordonnance et espérons que la bannière de la « Revue départementale » nous conduira, sans tarder, à la conquête de la cité future.

En attendant il s'est trouvé que l'institution d'un concours spécial pour les médecins des asiles de la Seine a soulevé la protestation, non pas seulement de la majorité, mais de la quasi-unanimité des aliénistes de France, qui, par la voix de leur « Association amicale », ont porté, devant l'opinion publique d'abord, et devant la juridiction compétente ensuite, les raisons de leur protestation.

Le corps des aliénistes s'est refusé à admettre que les vingt et quelques médecins, en fonction dans les asiles de la Seine avant la création du concours spécial, fussent simplement des favoris sans valeur et sans titres ; il a estimé que, pour classer les mérites des candidats aux postes de la Seine, — et ils sont peut-être moins nombreux que tendraient à le faire croire les *belles histoires* de la « Revue » — il y avait autre chose à faire que de les aligner devant des feuillets de papier blanc et de leur faire couvrir ces feuillets d'un tas de lieux communs, aussi impropres à renseigner sur leurs connaissances médico-administratives que sur leurs qualités professionnelles et morales ; et enfin, à un point de vue plus étroit, mais plus immédiat, il a voulu flétrir l'arbitraire qu'il y avait dans une mesure qui, — peut-être couvée par des influences occultes et peut-être née d'une boutade impatiente, en tous cas faite sans préparation et *sans consultation* des intéressés — constituait, par ses restrictions seules, un véritable déni de justice.

Cette protestation, dans son expression légale, a conduit à une requête au Conseil d'État, et cette requête a été rejetée. La « Revue départementale » exulte. Elle reproduit, avec une complaisance qui laisserait supposer que l'honorable périodique n'est pas encombré de copie, la liste déjà longue (elle serait trois fois plus longue aujourd'hui) des signataires des pourvois, les considérants, les attendus, les vus et les ouïs de la procédure, et elle fait suivre le tout de quelques réflexions, signées X..., qui ne sont dépourvues ni d'impertinence, ni d'obscure solennité, comme il sied à un organe qui vaticine sur le trépied administratif.

Le sieur X... rappelle la « campagne qui a été menée contre le concours spécial de la Seine », le pourvoi auquel elle a abouti, le rejet de ce pourvoi, et, moitié miel moitié vinaigre, il nous demande : « Cet arrêt va-t-il mettre fin aux polémiques ? » On ne peut soupçonner ce courageux anonyme de manquer de sincérité ; il vaut mieux croire que sa terminologie est incertaine et que ses renseignements manquent d'exactitude. Il n'a jamais, en vérité, été *mené aucune campagne* contre le concours de la Seine. Il s'est simplement élevé une protestation spontanée et unanime contre cette innovation et contre les circonstances dans lesquelles elle s'est produite, et les protestataires ont opéré avec un calme et un souci de la forme et de la légalité, qui ne sont point les armes ordinaires des « campagnes menées ». L'arrêt du Conseil d'État n'aura pas à *mettre fin aux polémiques*, pour la raison très simple qu'il n'y a pas eu de polémique et que, s'il n'y a pas eu de polémique, c'est parce que les protestataires — et il y aurait peut-être lieu de leur en savoir gré — ne l'ont pas *voulu*.

« Avant le concours, dit imprudemment le sieur X..., que se passait-il ? Lorsqu'une vacance se produisait dans la Seine, députés, sénateurs, conseillers généraux, personnages amis du pouvoir étaient mis en mouvement par les postulants. Les lettres pleuvaient dru au ministère, qui les transmettait à la préfecture de la Seine qui, de son côté, en recevait des paquets. A qui entendre ? Qui, parmi les médecins, pouvait se flatter, avec ce système, de faire valoir ses *droits acquis* ? »

Vraiment, si les mots ont encore un sens, il ne peut y avoir de condamnation plus complète et plus cruelle, et de l'Administration et du concours lui-même, que celle qui est faite ici par la « Revue départementale », organe administratif ! Si chaque vacance dans la Seine donnait réellement lieu à un tel débordement de recommandations, il n'en était que plus facile à l'administration de se déterminer dans son choix en ne tenant compte que des mérites. Mais voilà ! le dépouillement de cette volumineuse correspondance donnait du travail à MM. les chefs de service, qui ont passé la main à MM. les membres du jury. A moins qu'il ne faille croire, à la faillite du pouvoir administratif, décidément impuissant à apprécier et à sanctionner les droits acquis ! Mais alors, comment un concours SUR ÉPREUVES qui, par définition même, est propre à juger tout, SAUF DES DROITS ACQUIS, pourrait-il se justifier ? Nous aurions pu croire que le concours spécial de la Seine avait été imaginé précisément pour éliminer les droits acquis, c'est-à-dire l'ancienneté, l'expérience, les qualités professionnelles et morales éprouvées dans un long exercice de la fonction. Ce n'eût peut-être pas été très... juste, mais c'était logique au moins, et... efficace. Aujourd'hui, c'est pis que de l'incohérence qu'on nous révèle ! ! !

« Le Conseil d'État, déclare avec sérénité le sieur X..., vient de consacrer définitivement l'existence du décret de 1907. » N'auriez-vous pas, vaillant anonyme, compris les termes si nets du considérant du Conseil d'État : « En l'absence d'une disposition législative ayant statué sur cet objet, l'organisation fixée par un décret peut valablement être modifiée par un décret ultérieur. » Et vous invoquez « le définitif » !... Mais si les monceaux de lettres de recommandation, dont vous nous avez dit l'horreur, s'accumulent encore dans vos bureaux pour la dernière étape de la *course au flambeau*, si de vilaines manœuvres s'ourdissent dans les couloirs des Chambres et des ministères, pour le passage d'un médecin de Villejuif à Ville-Évrard et de Ville-Évrard à Sainte-Anne, il vous faudra un troisième décret, pour instituer un troisième concours : ce sera le concours de demain, le concours de la « distance ».

Le véritable enseignement — le seul — que comporte l'histoire du concours spécial de la Seine et que souligne l'arrêt du Conseil d'État, il s'adresse à tous les fonctionnaires, qui sont entrés par la voie d'un concours général dans une carrière dont le mode de recrutement n'a pas été fixé par la loi, et il signifie qu'un décret ne confère *aucun droit* à ceux qui ont eu la naïveté de croire à sa valeur et à ses garanties. Il faut espérer qu'à l'heure où se débattent les grands conflits sociaux, à l'heure où les fonctionnaires les plus placides se voient obligés d'entrer dans l'arène, cet enseignement ne sera pas perdu.

« Les adversaires d'hier se résignent, ajoute avec quelque pitié l'auteur de la « Revue départementale », à accepter le principe du concours. » Mais non. Les adversaires d'hier, restent les adversaires d'aujourd'hui et resteront les adversaires de demain. Et si bien, que l'*Association amicale*, qui compte aujourd'hui la très grande majorité des aliénistes de France, a, dans sa récente assemblée générale, émis à l'*unanimité* le vœu que soit rapporté le décret de 1907, en attendant que la loi ait fixé le mode de recrutement des médecins des établissements publics d'aliénés.

Il serait difficile de voir dans cet acte un signe de résignation.

Le sieur X... termine ses commentaires par cette réflexion philosophique : « Le temps aidant, le temps qui apaise et consolide assurera la victoire définitive d'une cause conforme à la raison et à la justice. » Croyez au *définitif*, si tel est votre esprit, mais laissez-nous croire, à nous, qu'il y a des conflits que le temps n'apaise pas, et que les institutions que le temps consolide doivent être pétries d'un autre ciment que celui qui a scellé le concours spécial de la Seine.

Nous nous inclinons devant la sagesse du Conseil d'État, qui, ainsi que la « Revue départementale » le reconnaît avec quelque légèreté, ne

pouvait juger autrement qu'il a fait. Le silence du Haut Tribunal sur les motifs mêmes de notre requête en dit plus long et mieux que tous les discours. Mais la raison s'appuie sur des raisons et la justice sur des faits. Il reste acquis, pour nous, qu'il n'y a aucune raison, qu'il n'y a aucun fait qui soient de nature à justifier une mesure d'exception, que nous continuons à condammer et contre laquelle nous continuerons à protester.

René Charon.

LÉGISLATION

Jurisprudence médicale

Sont délivrés dans les conditions qu'on peut dire illégales, les certificats de médecins rédigés en vue d'un internement dans un asile d'aliénés lorsqu'ils ne répondent pas à l'esprit de la loi qui a entendu que les visites et le certificat qui doit en reproduire les constatations fussent sensiblement à la même date.

Commet une faute de nature à engager sa responsabilité le médecin qui, mandé pour visiter une personne au point de vue mental, a l'imprudence d'admettre sans contrôle les dires du mari et la négligence de ne pas s'entourer de renseignements. (Trib. civ. de Blois, 3 décembre 1908, *Gaz. Trib.*, 30 janvier 1909.)

Lutte contre l'alcoolisme

Le groupe antialcoolique du Sénat, réuni sous la présidence de M. Charles Dupuy, a décidé d'entrer en rapport avec la Ligue nationale contre l'alcoolisme pour étudier la question de l'alcoolisme et de ses remèdes aux colonies.

Le président a signalé l'inscription à l'ordre du jour du Sénat de la proposition limitant les débits de boissons.

Il a rappelé que le rapport sur la suppression de l'absinthe est en préparation et enfin qu'une proposition contre l'opium portant cent cinquante-six signatures sera prochainement déposée sur le bureau du Sénat par M. Catalogne qui, dans la prochaine séance, fera un exposé complet de la question.

La Commission internationale de l'opium

Le 1er février 1909 s'est réunie, à Sanghaï, la première Commission internationale de l'opium, due à l'initiative du révérend évêque Brent, des Philippines.

L'objet de cette Commission a été d'étudier les mesures à prendre pour combattre la morphinomanie, qui cause des ravages considérables parmi les peuples d'Extrême-Orient.

La séance d'ouverture a été présidée par S. E. Tuan-Fang, vice-roi de Nankin, représentant l'empereur de Chine. Après avoir souhaité la bienvenue aux représentants des quinze nations, il a rappelé ce que la Chine a fait contre l'opiomanie.

La Commission a aussitôt commencé ses travaux.

Quinze séances ont été employées pour examiner les divers rapports des représentants de chaque nation, portant sur les statistiques commerciales, les plantations de pavots, la production de l'opium, revenus, tarifs, traités et accords internationaux; enfin, sur des statistiques relatives à la vente et à la consommation de l'opium, ainsi que sur les revenus qui en sont tirés, ce qui a donné la base pour établir le pourcentage des fumeurs d'opium.

Ensuite, on envisagea les divers moyens d'action gouvernementale pour la lutte antiopiumanique dans les divers États de l'Europe, de l'Asie et de l'Amérique et on adopta des résolutions qui ont été transmises par les diverses délégations à leurs gouvernements respectifs.

Voici quelles sont ces résolutions :

Résolutions votées par la Commission internationale de l'opium :

1° La Commission internationale de l'opium reconnaît l'indiscutable sincérité du gouvernement de la Chine dans ses efforts pour extirper la production du pavot et la consommation de l'opium dans l'Empire, et la croissante efficacité de l'opinion publique parmi ses propres sujets qui supportent les effets de ces efforts;

2° La Commission internationale de l'opium émet l'avis que l'opium, dans tout emploi autre que le but médical, devrait toujours être tenu par chaque gouvernement participant à la Commission pour un produit à interdire ou à frapper de règlements stricts ;

3° La Commission internationale de l'opium estime que, déjà, la fabrication sans restriction, la vente et la diffusion de la morphine constituent un danger grave, et que la morphinomanie montre des signes d'extension parmi les populations. Cette Commission désire, en conséquence, attirer l'attention de tous les gouvernements sur l'importance énorme des mesures coercitives à prendre par chaque gouvernement sur son territoire et dans ses possessions, pour arriver à contrôler la fabrication, la vente et la diffusion de cette morphine, car il résulte des recherches scientifiques que ces drogues sont susceptibles d'entraîner les mêmes pernicieux effets ;

4° La manière dont a été constituée la Commission internationale de l'opium ne lui permet pas de rechercher, au point de vue scientifique, les remèdes contre l'opium, pas plus que les effets et les propriétés de l'opium et de ses composés, mais elle déclare que de telles recherches seraient de la plus haute importance. Aussi désire-t-elle que chaque délégation puisse recommander cette face de la question à son gouvernement pour faire ce qu'il jugera nécessaire;

5° La Commission internationale de l'opium pousse vivement tous

les gouvernements qui possèdent en Chine des concessions ou des établissements dans lesquels n'auraient pas été encore prises des mesures effectives relativement à la fermeture des fumeries d'opium, à faire quelques pas dans cette voie ;

6° La Commission internationale de l'opium recommande à chaque délégué de pousser son gouvernement à appliquer ses lois sur la pharmacie à ses nationaux dans leurs districts consulaires, dans leurs établissements en Chine.

La lutte contre l'opium en Chine

Le gouvernement chinois a défendu, à partir du 1er janvier dernier, l'importation et la préparation de la morphine et des seringues à morphine.

Cette importation n'est autorisée que s'il est certifié par des médecins et pharmaciens étrangers que ces produits sont exclusivent destinés à l'usage thérapeutique. Par suite, elle devra se faire sous un contrôle rigoureux des consuls. Cette importation est soumise à un impôt de 5 p. 100 de sa valeur.

Le Gérant : G. DELARUE.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

LE CONGRÈS DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MONS (BELGIQUE)
(25-26 Septembre 1909)

4e Année N° 10 25 Octobre 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

CHRONIQUE

Le Congrès de Mons

Cinquième Congrès belge de neurologie et de psychiatrie
(25-26 septembre 1909)

Le cinquième Congrès belge de neurologie et de psychiatrie a continué à Mons les traditions de solide travail scientifique auxquelles nous avaient accoutumés le Congrès de Gand et ceux qui l'ont précédé.

Nos confrères de Belgique sont gens avisés et qui savent le prix du temps ; au lieu de palabrer une semaine durant, selon la coutume invétérée des congrès français, ils effectuent en deux journées d'effort continu, l'exposé de trois rapports importants (de psychiatrie, de neurologie et de psychologie) et les discussions afférentes à ces rapports. Leur activité est telle qu'entre temps ils trouvent encore moyen d'ouïr des communications scientifiques, et parascientifiques..., de se distraire et de recevoir avec une exquise urbanité, les étrangers qui aiment à suivre chaque année leurs réunions.

* * *

La séance d'ouverture a eu lieu le 25 septembre à neuf heures et demie du matin, en l'Hôtel de ville de Mons, où les autorités locales avaient tenu à honneur de réserver un accueil des plus cordial aux congressistes ; après avoir transmis à l'assemblée les regrets du docteur Meeus (de Gheel), président de la Société de médecine mentale de Belgique, empêché d'assister au Congrès, le docteur Decroly, président de la Société belge de neurologie, prononce l'allocution suivante consacrée à cette question si importante de la CRIMINALITÉ JUVÉNILE :

MES CHERS COLLÈGUES,

C'est la cinquième fois que nos deux sociétés parviennent à s'entendre et à se réunir; malgré les avis pessimistes, il faut convenir que le succès, au lieu

de diminuer, n'a fait que grandir. En dehors du premier Congrès qu'il faut mettre hors de cause, puisqu'il bénéficiait de circonstances tout particulièrement favorables, — à savoir l'attrait d'une exposition internationale, — les réunions annuelles qui se sont succédé n'ont faibli, ni au point de vue de l'intérêt des rapports et communications et démonstrations, ni à celui du nombre et de la qualité des adhérents.

C'est là un encouragement précieux pour les initiateurs de ces réunions et, notamment, pour notre secrétaire général, dont l'activité et l'initiative ont certainement été pour la meilleure part dans l'épanouissement de nos assises.

Voilà ma mission officielle; elle est encore inachevée, car la tradition veut que le président, en ouvrant le Congrès, soit condamné à servir aux membres une sorte de hors-d'œuvre, ou plutôt d'entrée, qui les prépare à affronter les morceaux de résistance annoncés au programme.

Je serai bref et aussi peu copieux que possible. Je me suis autorisé des travaux qui ont rempli les séances de l'une de nos sociétés, et de la présence parmi nous d'un homme éminent dont le nom est connu bien au delà, — et peut-être surtout au delà de nos frontières, — un homme qui a consacré le meilleur de ses forces et de son cœur pendant de longues années, à l'étude et au soulagement de l'enfance malheureuse, pour prendre comme thème de cette allocution : LA PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT CRIMINEL.

Je dois avouer que c'est un des sujets qui me préoccupent depuis de nombreuses années et que la divergence d'opinions des auteurs rend particulièrement intéressant.

Ce sujet est en même temps d'ordre social au plus haut point, puisque, parmi les irréguliers les plus dangereux, et ceux dont la société a le plus de raisons de s'occuper, figurent les enfants criminels.

Triste réalité! Dès le seuil de l'adolescence, à l'âge où nous avons coutume de placer l'éclosion des vertus les plus pures, des sentiments les plus doux et les plus élevés, à l'âge du rêve, des enchantements et de la poésie, peuvent déjà apparaître les vices les plus bas, les actes les plus abjects, les crimes les plus horribles.

Oui, la criminalité juvénile existe. Ce n'est pas un mythe. Il y a des voleurs, des assassins, des parricides, des incendiaires qui n'ont pas vingt ans, que dis-je! qui n'ont pas seize ans! Il suffit, pour s'en souvenir, de consulter les statistiques des divers pays civilisés.

Et nous ne sommes pas mieux lotis, à cet égard, en Belgique qu'ailleurs, si l'on en juge par le seul fait qu'il a fallu augmenter le nombre des établissements destinés à recevoir ce genre de délinquants.

En effet, aux écoles de Gand, Moll, Ruysselede, Reckheim, Saint-Hubert, Bernheim et Namur est venue s'ajouter, depuis deux ou trois ans, celle d'Ypres.

Au 31 décembre 1901, il y avait 2436 élèves dans ces institutions. Depuis, ce chiffre n'a pas diminué, que je sache, au contraire.

Et pourtant, il est bien avéré que les autorités reculent, autant qu'elles peuvent, l'envoi des enfants dans ces écoles; que les parents ne recourent à ces établissements qu'à la dernière extrémité et qu'il y a un grand nombre de délits dont les auteurs échappent à la justice.

Ainsi M. Prins trouve effrayant de constater, avec la statistique judiciaire publiée en 1908, l'impossibilité de découvrir les auteurs de plus de 30 000 in-

fractions, dont 6 000 crimes, parmi lesquels il doit y en avoir pas mal, qui sont imputables à des mineurs.

Ce n'est pas le moment ici de reprendre la question de savoir quelles causes interviennent dans la genèse de cette criminalité juvénile, de mettre en présence les diverses théories qui prétendent solutionner ce problème.

Je me contenterai de rappeler la conception dite éclectique, qui semble devoir rallier le plus de suffrages, et qui est celle à laquelle je me rallierais volontiers : cette conception a été énoncée par Naecke, au Congrès d'anthropologie criminelle de Genève. D'après elle, le crime est la résultante de deux facteurs : l'individu, d'une part, et d'autre part, l'influence plus ou moins intense du milieu.

En d'autres mots, — comme s'exprime M. Dallemagne dans son livre sur *les Causes de la criminalité* — pour connaître la genèse du crime, il faut qu'on étudie à la fois le criminel et son milieu. C'est le criminel que je veux envisager ici, et en particulier le côté mental du criminel.

Quels sont les rapports de l'état mental avec la criminalité juvénile?

Telle est la question qui se pose.

Sur ce point, les auteurs ne sont pas d'accord non plus. Ainsi MM. Binet et Simon, dans leur ouvrage *les Enfants anormaux* nous disent : « Ceux qui croient que les anormaux deviennent des fous sont autant dans la fantaisie que ceux qui prétendent que les anormaux deviennent des délinquants. La vérité est qu'on l'ignore complètement, parce qu'on a sans cesse reculé devant une enquête qui promet d'être aussi longue que pénible. Et c'est une honte, disons-le franchement, qu'aucun État ne l'ait prescrite... »

Et ils ajoutent plus loin : « A notre connaissance, les relations entre l'arriération mentale et la criminalité ont été traitées uniquement dans le petit opuscule du docteur Demoor, qui a pour titre *les Enfants anormaux et la Criminologie*... La conclusion qui s'impose et que nous répéterons sans nous lasser, c'est que nous ne savons absolument rien. »

Cette opinion me paraît un peu hasardée. Elle n'est d'ailleurs pas partagée par une série de psychiatres dont l'expérience en cette matière ne saurait être mise en doute.

Laissons de côté la brochure de M. Demoor, dont MM. Binet et Simon ne semblent pas faire grand cas, et allons à d'autres.

Ainsi Lœwfeld dans *Die Drummheit* (*la Bêtise*), chapitre *Die Drummheit und die Kriminität*, prétend que : « chacun peut aisément se rendre compte du rôle joué par l'imbécillité dans le domaine du crime en suivant les débats de nos tribunaux et spécialement de nos cours d'assises. La perpétration du crime, la tenue du délinquant après son acte accompli, la façon de se défendre, tout tend à prouver que la moyenne des criminels sont des individus faiblement doués au point de vue intellectuel. »

Si l'on consulte d'autres auteurs allemands que MM. Binet et Simon ont probablement négligé, on trouve les indications précises que ceux-ci réclament; notamment Mönkenvöller, qui a publié un opuscule remarquable sur les rapports de la criminalité et de la faiblesse d'esprit, nous fournit une série de faits empruntés aux auteurs et personnes. Il rappelle ce qui suit : Thomson sur 943 enfants en correction a observé 218 faibles d'esprit congénitaux ;

Knecht, sur 1 214 criminels, a observé 41 faibles d'esprit congénitaux ; Nicol-

son, a observé 200 imbéciles sur 8425 détenus; Marro, sur 1742 criminels a observé 218 défectueux psychiques congénitaux.

Sans doute, ces chiffres ne sont pas comparables, le critérium d'appréciation n'étant pas absolument identique, mais tels qu'ils sont, ils ont déjà une valeur indéniable.

Voici d'ailleurs des renseignements plus précis encore :

Thomson constate que, chez les criminels jeunes, l'insuffisance intellectuelle est la règle; ils apprennent lentement et difficilement; les professeurs des écoles de correction affirment qu'il y a environ un tiers des criminels juvéniles qui sont faibles d'esprit.

Kuhn signale que, très souvent, les petites défectuosités passent inaperçues, et que c'est seulement en cas d'anomalies accentuées que l'attention de la direction et du médecin est attirée. Sur 200 enfants en correction, on a trouvé 68 cas de faiblesse mentale indéniable, datant de la naissance et évoluant sans complications graves.

Autre détail digne de remarque : dans l'établissement dont Mönkenvöller est le médecin, on peut affirmer que presque tous les enfants sont en un certain degré d'insuffisance, puisqu'on n'a jamais pu former une dernière année primaire analogue à celle qui existe dans les écoles de la ville. Parmi les cas de faiblesse mentale, il en est 35 qui sont accompagnés de dégénérescence morale profonde. On remarque aussi la fréquence des troubles mentaux de nature épileptique. Sur 24 cas, 7 avaient eu l'épilepsie dans leur enfance, et 4 enfants avaient encore des crises nocturnes. Chez les autres, il y avait différents symptômes qu'on pouvait rattacher à la même maladie : vertiges ou perte de connaissance de courte durée (16 fois). Dix d'entre ces épileptiques étaient à peu près au niveau des élèves de leur âge; chez 5 enfants, il y avait des troubles intellectuels, mais pas moraux, tandis que les 5 autres avaient et des troubles intellectuels et des troubles moraux; chez 3, le caractère épileptique était complet avec conservation de l'intelligence; un d'entre eux dut être transféré à l'asile voisin; un autre était un impulsif dangereux. Quatre cas de traumatisme cranien étaient accompagnés de mouvements impulsifs dont 1 avec hallucinations et fugues; 7 enfants présentaient des signes qui permettaient de les ranger parmi les hystériques; 5 autres atteints de paranoïa ont dû être transférés à l'asile voisin et 2 imbéciles avec idées délirantes l'ont été dans un autre asile. Chez 13 enfants d'intelligence normale ou à peu près, on constate des troubles moraux nettement marqués. Parmi les élèves de quatorze et vingt et un ans, on en trouve 21 sur 75 atteints de troubles psychiques graves.

Si l'on compare à ces chiffres les données obtenues par M. Jules Morel, chez les adultes récidivistes de la prison de Mons, on voit ici encore de nombreux cas de délinquance chronique associés à l'insuffisance mentale. Du moins, doit-on considérer celle-ci comme démontrée dans la plupart des cas par le test de l'inadaptation au régime scolaire.

Sur 496 récidivistes, 133 étaient sans instruction.

— — 128 avaient une instruction rudimentaire.

— — 165 avaient une instruction primaire.

(L'examen comportait une épreuve de lecture, d'écriture, et au moins une addition de deux chiffres.)

Dans une autre statistique plus précise, communiquée au Congrès international de médecine à Lisbonne, le même auteur trouve, sur 67 récidivistes de

dix-huit à trente ans, 16 d'entre eux, qui, malgré une fréquentation scolaire ayant duré de trois à sept ans, déclarent n'avoir jamais pu apprendre à l'école, et sont, en effet, absolument sans instruction. Cette insuffisance mentale doit exister aussi chez quelques-uns des récidivistes qui ont une instruction rudimentaire ou une instruction primaire, car l'auteur nous dit de l'un qu'il a un type d'imbécile, d'un autre qu'il a eu une incontinence urinaire jusqu'à quatorze ans, d'un troisième qu'il assure n'avoir presque rien su apprendre à l'école, et de trois autres, qu'ils n'ont rien pu apprendre du tout.

Si nous passons maintenant dans nos propres écoles de bienfaisance qui reçoivent les jeunes délinquants :

« Au point de vue physique et médical, dit M. Poll, directeur de l'une d'elles, les élèves nous arrivent généralement dans un état des plus pitoyables. Tristes épaves de nos grands centres, ils portent sous leurs guenilles les traces indélébiles de la misère humaine dans les formes les plus variées, et, bien souvent, les stigmates irrécusables de l'atavisme et de la dégénérescence : atrophie générale ou partielle, difformité de la boîte cranienne, déviation de la colonne vertébrale, déformation des os, tares héréditaires d'alcoolisme, de scrofule ou de syphilis, incontinence d'urine, insuffisance et même idiotie sont choses communes parmi ces malheureux.

« Au point de vue *intellectuel*, le même phénomène se reproduit : 30 à 60 p. 100 sont des *anormaux* ou des *arriérés*, et, chez les autres, le développement normal a été considérablement retardé, par suite de leur vie déréglée et vagabonde. C'est dire que le niveau intellectuel de nos élèves est de beaucoup au-dessous de la moyenne. Parmi les entrants de 1901, 46 p. 100 étaient complètement illettrés, 29 p. 100 avaient un commencement d'instruction et seulement 25 p. 100 savaient lire et écrire. »

M. Leroz[1], qui a reproduit ces données dans son bel ouvrage *la Protection de l'enfance en Belgique* et dans sa brochure *l'Éducation médico-pédagogique dans les écoles de l'Etat* affirme qu'un grand nombre — on peut dire plus de la moitié sans être taxé d'exagération — des enfants qui sont mis à la disposition du gouvernement pour être envoyés dans une école de bienfaisance, doivent être considérés comme des anormaux mentaux ou médicaux. C'est ce qui résulte des constatations qu'il a pu faire pendant une pratique de plus de vingt années au parquet et de quatorze ans comme président d'un important comité de patronage et aussi à la suite de visites faites dans les diverses écoles de bienfaisance du pays en compagnie du docteur Demoor en 1903.

C'est ce que celui-ci confirme lorsqu'il dit dans son rapport à la troisième Conférence pour l'amélioration du sort de l'enfance anormale (29 mai 1905) que l'on rencontre dans ces écoles des arriérés, des anormaux de l'intelligence, à côté des anormaux moraux, des indomptés et des normaux dont l'éducation première a été fâcheuse.

Sur 250 enfants détenus à la Petite-Roquette examinés par le docteur J. Voisin, 25 seulement étaient considérés comme normaux, 25 comme douteux, 200 présentaient des anomalies.

1. Éducation médico-pédagogique des écoles bienfaisantes de l'État, *Revue de droit pénal et criminologie*, 1907, nos 8, 9, 10.

M. le juge d'instruction Albanel a fixé, de son côté, à près de 50 p. 100 la proportion des enfants dégénérés nécessitant un traitement curatif[1].

N'est-ce pas déjà suffisant pour se faire une conviction et MM. Binet et Simon eussent-ils été aussi sceptiques s'ils avaient pris connaissance de ces documents. Mais il n'y a pas que des chiffres, il y a la simple logique qui, à défaut des chiffres, eût pu suffire pour convaincre ces auteurs que si tous les insuffisants mentaux ne sont pas destinés à être des criminels ou des délinquants, et personne n'a jamais soutenu cette opinion, un grand nombre d'entre eux, cependant, ont un terrain tout prêt pour que s'y épanouissent « les fleurs du mal ».

« A la base de l'indigence matérielle », dit M. Prins, un de nos grands criminalistes, « il y a l'indigence mentale et morale ».

Avant de nous occuper du pauvre à raison de sa pauvreté, du délinquant à raison de son délit, nous devons nous occuper du fait primitif qui a provoqué ou perpétué la pauvreté ou le délit; et ce fait primitif, c'est l'inaptitude fondamentale du défectueux à vivre d'une vie régulière.

J'ajoute que cette inaptitude est toute mentale. Quels peuvent bien être les rapports de l'état mental avec la criminalité? En quoi l'être inférieur en aptitudes intellectuelles est-il plus enclin, plus prédisposé qu'un autre à enfreindre les lois?

Il suffit, pour répondre à ces questions, de se demander quel est le minimum d'aptitudes qui est nécessaire pour que l'adaptation soit possible.

Sans doute, la réponse n'est pas simple, et il est passablement dangereux de vouloir essayer de la formuler en un tour de main.

Il faut tenir compte du milieu, c'est-à-dire de la situation sociale, de la nature de l'entourage, de l'action des influences locales, et ainsi de suite.

Mais, si l'on considère les cas moyens, ceux qui dominent en nombre, on peut prévoir les conséquences de l'insuffisance mentale sur la possibilité d'adaptation au milieu, et, par suite, la potentialité de criminalité, dirais-je, dont un sujet est le siège.

Incontestablement, pour cette adaptation, celui qui aura des instincts ni précoces ni exagérés, des perceptions fines, une mémoire fidèle et tenace, une abstraction aisée et des associations d'ordre supérieur, d'où un jugement droit, un raisonnement sagace et logique, celui qui disposera d'un pouvoir d'inhibition suffisant pour régler ses impulsions, ses tendances et ses émotions, des mouvements précis et vigoureux, une capacité d'efforts prolongés, une forte endurance à la fatigue, une résistance très grande aux suggestions non contrôlées et à l'imitation servile, celui-là sera dans des conditions autrement favorables, — toutes actions extérieures étant égales d'ailleurs, — que celui dont les instincts apparaîtront avant leur temps ou seront trop vifs, dont les perceptions seront grossières, les empreintes mnémoniques, insuffisantes ou trop tôt effacées, l'abstraction difficile ou impossible, et les associations d'ordre inférieur, d'où un jugement faible et souvent dévié et des raisonnements faux ou incomplets, celui dont la puissance inhibitive sera incapable de réfréner les explosions impulsives, ni de résister aux suggestions quelconques ou à l'imitation inconsciente, dont les mouvements seront lents, maladroits ou faibles.

1. P. Cuche. *Traité de sciences et de législation pénitentiaire*, p. 98. Paris, 1905, 1 vol in-8.

Or, ces défectuosités sont toutes déterminantes d'actes illogiques, incompatibles avec la réalité, avec les nécessités non pragmatiques, si l'on peut dire, et c'est précisément une catégorie de ces actes, ceux qui nuisent aux semblables, qui constituent les actes criminels.

Il faut se rappeler que ces défectuosités sont rarement isolées, qu'au contraire elles sont souvent solidaires, l'une entraînant l'autre ; et c'est ainsi que l'infériorité mentale pour certains auteurs peut se déceler par la constatation d'une seule ou de quelques lacunes seulement.

M. le professeur Demoor se contente de ce qu'il appelle l'épreuve de l'illusion de poids pour reconnaître un arriéré intellectuel.

Keller, de Vienne, considère l'incapacité à fixer l'attention comme étant un signe suffisant.

Warner, en Angleterre, se base sur l'incapacité à déterminer les mouvements inconscients.

Rodenwalt, en Allemagne, accorde une grande valeur à l'inaptitude ou la lenteur à se rendre compte de l'absence d'un souvenir dans l'esprit.

Schuyten, au congrès de psychologie de Genève, a prétendu pouvoir différencier l'intelligent du non-intelligent au moyen de l'esthésiométrie.

Binet signale chez l'inintelligent l'infériorité dans le pouvoir d'abstraction, dans l'endurance au travail mental et surtout la lenteur à s'adapter aux épreuves.

Mais, pour le prédestiné à la criminalité, c'est surtout l'aptitude sociale qui est en défaut.

Cette aptitude varie sans doute avec l'individu et le milieu. Mais, globalement, elle nécessite l'ensemble des fonctions mentales pour faire comprendre les conditions dans lesquelles la vie individuelle est compatible avec la vie de groupe. Quand on consulte les statistiques des crimes juvéniles, on constate que le délit le plus fréquent, celui qui entraîne souvent les autres délits, c'est le vol et surtout le vol en bande. Il n'y a rien d'étonnant à cela, puisque le vol implique l'absence d'une notion saine du tien et du mien.

Cette notion du tien et du mien n'est normale que si l'enfant a pu acquérir une notion régulière et au moment voulu de sa personnalité. Le vol est un acte qu'on ne songe pas à considérer comme anormal chez l'enfant jeune, pas plus qu'on ne lui fait un crime d'avoir, dans un moment de colère, poussé un camarade du haut d'un escalier, ou de l'avoir noyé en le bousculant dans un mouvement de vivacité. On sait, en effet, que l'enfant de cet âge est complètement incapable de juger pleinement les conséquenees de ses actes ; il ignore ce qu'est la propriété ou du moins il n'en a qu'une idée très incomplète ; il ne se figure pas bien ce qui peut arriver quand on tombe d'un escalier ou à l'eau, et s'il le sait d'expérience personnelle ou par ouï-dire, il n'a pas assez de pouvoir inhibitif pour réfréner, ni mesurer le mouvement que ses sentiments provoquent. A cause de la faiblesse de sa mémoire et surtout de son pouvoir d'abstraction et de généralisation, il est incapable d'avoir une notion nette des droits et des devoirs sociaux ; l'éducation même ne parvient à suppléer à cette insuffisance qu'en automatisant les pensées et les activités par des préceptes et des habitudes, et en créant autour du sujet un milieu élémentaire simplifié où tout est réglé et prévu. Comme le jeune enfant, le faible d'esprit est très suggestible et se laisse aisément entraîner à commettre des actes qui ont pour effet de satisfaire ses instincts inférieurs. Comme lui aussi,

il est maladroit dans sa défense parce qu'il ne peut pas retrouver ni expliquer les raisons déterminantes de ses actes et ainsi s'en disculper ou en atténuer la gravité. On peut donc comparer, dans une certaine mesure, l'insuffisant mental à l'enfant et lui appliquer la même indulgence, quant à la portée de ses actes.

On conçoit ce qui doit se passer lorsqu'une mentalité de ce genre est soumise à des influences néfastes ou maladroites. Ces influences isolées sont suffisantes pour empêcher l'acquisition des notions fondamentales de devoir et de moralité chez un enfant régulier. A plus forte raison, l'empêcheront-elles chez l'insuffisant mental; il faut ajouter, d'ailleurs, que pour celui-ci, il y aura encore d'autres conditions d'infériorité, car, pour lui, la lutte pour l'existence sera plus vive; en effet, il aura beaucoup moins d'occasions que le régulier, de trouver à se caser et de gagner sa vie, et, par suite, il sera plus facilement la proie de la tentation et de l'entraînement aux méfaits. Il n'y a rien d'étonnant, d'après cela, que dans les classes pour enfants arriérés, se trouvent précisément les impulsifs, les violents, les vagabonds; que dans les écoles de bienfaisance et chez les récidivistes, il y ait un aussi grand nombre de sujets qui ne sont pas parvenus à acquérir les premiers éléments des connaissances scolaires.

Pas plus que tous les criminels ne sont faibles d'esprit, tous les faibles d'esprit ne deviennent criminels, mais on peut certes affirmer que la faiblesse mentale est une condition de criminalité.

Et je laisse dans l'ombre les mille et un cas où cette faiblesse est une cause directe ou indirecte de troubles et de souffrances au sein des familles comme au sein des groupes, troubles et souffrances dont le retentissement sur le bonheur des individus comme sur la vie sociale, est parfois plus profond et plus durable que les suites des plus grands crimes. Qu'on songe à ce que doit être l'existence de la mère d'un débile impulsif et paresseux dont l'aisance est le seul préservatif contre le délit. Qu'on songe encore au danger et à la honte qu'il y a pour une nation à posséder comme chef présomptif, par exemple, un impulsif dégénéré qui met constamment en péril la dignité de sa dynastie et le sort de ses futurs sujets. L'histoire contemporaine nous fournit des exemples assez caractérisés de ce type d'inférieur pour que je n'aie pas besoin d'insister.

Mais il est temps que je termine cette allocution, de crainte de donner à ce soi-disant hors-d'œuvre des proportions qui empêcheraient de goûter le morceau de résistance annoncé au menu.

Si vous le permettez, je condenserai en quelques points les faits qui viennent d'être exposés.

1° La criminalité juvénile est déterminée, dans une large mesure, par les facteurs sociaux et économiques qui constituent les éléments du milieu dans lequel les individus doivent vivre.

2° A côté de ces facteurs extrinsèques et renforcés par ceux-ci, il y a des facteurs intrinsèques qui tiennent à la constitution de l'individu et dépendent de son hérédité, des incidents pathologiques et toxiques divers survenus depuis sa naissance et surtout son état mental dans l'acception large du mot.

3° Cet état mental se caractérise notamment par l'insuffisance des aptitudes supérieures d'abstraction et de généralisation entraînant une incapacité

d'acquérir les notions fondamentales de propriété, de travail, de justice qui servent de base à l'organisation sociale et, par suite, une incapacité à comprendre le mécanisme de celle-ci et ses exigences, d'où l'oisiveté, la mendicité, le vol et leurs conséquences ; il se caractérise entre autres aussi, par un manque de pouvoir d'inhibition sur les tendances, les instincts et les réactions émotives d'où les violences sur les personnes sous l'influence de sentiments et d'impulsions non réfrénés; puis encore par une grande facilité à subir des suggestions cadrant avec l'infériorité intellectuelle et émotive de ces sujets, et à imiter sans contrôle, d'où les délits en bande, les crimes en groupe et autres méfaits collectifs.

4° L'insuffisance mentale étant un état incurable et ses effets dangereux ne pouvant être atténués ou compensés que grâce à une éducation appropriée ou à l'incorporation de l'individu dans un milieu simplifié et dépourvu des occasions de chute, les mesures qui s'imposent pour les autorités comme pour les éducateurs doivent tendre à organiser bien plus la préservation sociale par le traitement préventif et la protection que par la répression, même entourée de tous les palliatifs que le Code pénal autorise.

A cet égard, je ne fais ici que confirmer les vues du ministre d'État M. Lejeune; depuis plus de vingt ans déjà, il a eu l'intuition, la prescience de cette orientation de la lutte contre le crime et il a commencé en Belgique, à son passage au gouvernement, une œuvre que, malheureusement, ses successeurs n'ont pas su continuer; d'autres gouvernements l'ont reprise et menée à bien ; qu'il me soit permis de saluer en lui le précurseur modeste et incompris et le grand philanthrope, et de souhaiter que bientôt il puisse éprouver la joie profonde et méritée de voir son pays marcher, lui aussi, dans la voie qu'il lui a tracée.

Cette instructive allocution obtient un vif succès.

Le président donne alors la parole au professeur Herman Joris (de Bruxelles), auteur du premier rapport inscrit à l'ordre du jour, le rapport de neurologie sur *les voies conductrices neuro-fibrillaires* ; une intéressante discussion s'ensuit à laquelle participent MM. Sano, Crocq et Joris.

Pour parfaire cette première séance, le docteur Bienfait (de Liége) expose au Congrès avec épreuves photographiques à l'appui, l'histoire de *deux cas de tabes diagnostiqués par la radiographie.*

* * *

Cette séance matutinale s'était terminée à midi passé ; dès la quatorzième heure (style belge), c'est-à-dire pour nous autres Français, à deux heures de l'après-midi, le Congrès reprenait le cours de ses travaux et siégeait cette fois en un lieu ou psychiatres et neurologues n'ont guère l'habitude de fréquenter : une École normale de jeunes filles ; en l'espèce, l'École normale de jeunes filles de Mons. C'est à Mlle Yoteyko, professeur de pédologie en cette institution juvénile, que le Congrès

devait cette intrusion dans le domaine féminin; d'ailleurs, ses élèves et ses collègues à l'École normale étaient réunies dans une salle de belle allure pour l'entendre disserter sur la seconde question du programme : *le surmenage scolaire.*

C'est en effet Mlle Yoteyko qui était chargée de ce rapport ; mais malheureusement, cette année, elle s'est trouvée tellement absorbée, paraît-il, par ses travaux pédologiques qu'elle nous a privés du plaisir préalable de lire sa pensée graphique sur le *surmenage scolaire* ; elle se borna à un exposé oral qui fut le point de départ d'une discussion animée, à laquelle participèrent nombre de congressistes, exposé et discussions qu'au surplus, le lecteur trouvera aux pages 296 et suivantes de ce numéro.

Nous eûmes ensuite le plaisir d'écouter une communication de M. Desagher, avocat à Gand, atteint de cécité, sur *la psychologie de l'aveugle.*

Cette première journée fut complétée par une visite au laboratoire provincial de pédologie installé dans les locaux mêmes de l'École normale.

* * *

La deuxième journée, celle du dimanche 26 septembre, s'est passée entièrement à l'asile d'aliénées de Mons où, sous le regard bienveillant du sympathique directeur général du Ministère de la justice, M. de Latour, nous fûmes tous colloqués — par les soins des confrères Clerfayt et d'Hollander, — de neuf heures du matin à six heures du soir. Entre temps, l'établissement nous offrit vers la treizième heure un repas froid bien conditionné, arrosé de vins délicats et du champagne traditionnel.

Après une visite détaillée de l'asile de Mons, la séance fut ouverte à dix heures du matin pour la discussion de la communication faite la veille par M. Desagher; à ce propos M. Dupré narra au Congrès la curieuse histoire d'un chemineau, qui n'était autre qu'un aveugle vagabond; cette observation paraîtra du reste dans *l'Encéphale* avec les photographies du sujet.

L'ordre du jour appellait ensuite la discussion du rapport de psychiatrie dû à la plume consciencieuse du confrère Deroubaix sur un sujet de toute actualité : *la psychose systématisée à base d'interprétations délirantes.*

Ce rapport fut l'objet d'une discussion nourrie qui, interrompue à la fin de la matinée pour le déjeuner et pour la photographie des congressistes, fut reprise l'après-midi à deux heures et continuée jusqu'à cinq

heures du soir. Je n'insisterai pas davantage sur le rapport Deroubaix, qui fut le « clou » du Congrès, car le lecteur a déjà lu le compte rendu scientifique qu'en a fait dans *l'Encéphale* notre éminent collaborateur, le docteur Deny.

La séance se termina par une originale communication de notre distingué confrère Famenne (de Florenville), sur *un cas de benzinomanie* et par la lecture d'un rapport de MM. Mabilde, Bienfait et Ley, sur les travaux de la commission d'examen de la Société de médecine mentale pour la délivrance des diplômes d'infirmiers et d'infirmières.

Après quoi, le Congrès, s'évadant de l'asile de Mons, retourna dans cette cité au meilleur restaurant de l'endroit, où, sous la présidence du docteur Decroly, assisté du directeur général de la Tour, un excellent banquet nous reposa des fatigues de ces deux journées de travail assidu. Au dessert, des toasts furent portés par MM. Decroly, de la Tour, Sano, Dupré, Antheaume, etc.; on but à l'entente cordiale franco-belge, aux dames, à la science, à la presse scientifique, au prochain Congrès de Bruxelles et enfin... au succès du futur Congrès belge qui aura lieu dans deux ans, à Bruges.

A. Antheaume.

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocents : MM. les docteurs Forster (psychiatrie); Paul Frankel (médecine légale).

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Alfred Busch est nommé privatdocent de psychiatrie.

Harvard University de Boston. — M. le docteur Elmer E. Southard est nommé professeur de neurologie.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement de septembre 1909

M. le docteur Lalanne, médecin en chef de l'asile de Maréville, est promu à la deuxième classe de son grade.

M. le docteur Chocreaux, médecin en chef de l'asile de Lommelet, est promu à la première classe.

M. le docteur Toy, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence, est promu à la deuxième classe.

M. le docteur Charpentier (Joseph), médecin-adjoint de l'asile de Saint-

Gemmes, est nommé, en la même qualité, à l'asile de Prémontré (Aisne).

M. le docteur Froissart, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré, est nommé, en la même qualité, médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu.

M. le docteur Aubin, directeur administratif de l'asile de Marseille, est promu à la deuxième classe de son grade.

NOUVELLES

Consultation des maladies nerveuses et mentales

M. le professeur Gilbert Ballet a repris sa consultation externe à la clinique de l'asile Sainte-Anne et la continuera les lundis matin, à huit heures et demie.

Asile de Dury-les-Amiens

Le mercredi 27 octobre, aura lieu, sous la présidence de M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, représentant M. le président du Conseil, l'inauguration des nouveaux pavillons de traitement (pour aliénés et enfants anormaux) de l'asile d'Amiens.

Nous aurons l'occasion d'entretenir prochainement nos lecteurs et de cette cérémonie et surtout de l'œuvre intéressante d'assistance psychiatrique qu'elle consacre officiellement.

Hommage posthume à Jules Liégeois (de Nancy)

La ville de Bains-les-Bains (Vosges) a fêté récemment l'inauguration du monument élevé par souscription internationale au professeur Jules Liégeois, de l'Université de Nancy, tué par une automobile à Bains, où il villégiaturait. Le monument, élevé à l'entrée du parc, près de l'endroit où Liégeois trouva une mort si tragique, se compose d'un élégant piédestal de granit surmonté d'un buste en bronze. Le buste, véritable chef-d'œuvre de ressemblance, est dû au sculpteur Bussières, de Nancy.

Nombre de médecins français et étrangers avaient tenu à assister à cet hommage rendu au savant disparu.

L'Université de Nancy était représentée officiellement par M. Floquet, doyen de la Faculté des sciences de Nancy, vice-président du conseil de l'Université et qui remplaçait M. le recteur, empêché.

De nombreux discours ont été prononcés ; nous citerons entre autres ces belles paroles du professeur Bernheim, de l'Université de Nancy :

L'éminent collègue et collaborateur dont le modeste monument s'élève à cette place où sa laborieuse carrière a été brutalement brisée par une fin tragique, a laissé au cœur de ses amis un impérissable souvenir. Une émotion

poignante m'étreint au moment ou j'assiste à cette triste et touchante solennité.

Il y a vingt-cinq ans, j'habitais Nancy depuis douze ans, j'appris par hasard qu'un modeste médecin de campagne, retiré dans un faubourg de Nancy, traitait les malades pauvres et les guérissait souvent sans médicaments, en leur suggérant la guérison dans le sommeil provoqué, dit hypnotique. Ce médecin, le docteur Liébault, inconnu du monde médical, même à Nancy, connu seulement des malades pauvres auxquels il consacrait avec abnégation toute son existence, n'était pas un mystificateur, c'était un apôtre ou un illuminé.

J'allai assister à la consultation, et je reconnus un apôtre; je pus me convaincre, que cet obscur médecin, dans sa candeur simpliste et enthousiaste, avait raison. Il provoquait le sommeil, et obtenait dans cet état, par simple affirmation, des effets thérapeutiques. L'hypnose n'était pas une névrose hystérique comme le croyait Charcot et son école, c'était un sommeil physiologique qui créait la suggestibilité.

Quand j'arrivai dans son pauvre sanctuaire, qui s'éleva ensuite à la hauteur d'une clinique, je n'y rencontrai que des ouvriers et des paysans, hommes, femmes, enfants; quelques rares curieux adeptes, aucun médecin; un ou deux seulement en vingt ans, avaient osé braver le ridicule de franchir cette mystérieuse enceinte.

Mais j'y rencontrai, à ma grande surprise, un professeur de droit, qui, comme moi, avait appris par hasard les pratiques de Liébault, et que sa curiosité scientifique avait amené là : c'était Liégeois; lui aussi fut convaincu par l'évidence des faits, sa conscience juridique fut profondément remuée.

Bientot, je décidai mon collègue Beaunis, l'éminent professeur de physiologie à vérifier à son tour les singuliers phénomènes de psychologie physiologique que Liébault nous montrait, si différents de ceux affirmés à la Salpêtrière. Beaunis aussi fut convaincu. Ainsi s'établit le triple contrôle thérapeutique, juridique et physiologique de la doctrine nouvelle.

Chacun publia le résultat de ses recherches : l'École de Nancy était fondée.

A cette date, le professeur Liégeois, connu par ses travaux d'économie politique et de droit administratif, avec une carrière honorable administrative, professorale et scientifique, apporta surtout la contribution juridique et médico-légale. Il fit, à la clinique de Liébault, des expériences personnelles sur le somnambulisme provoqué, étudia ce somnambulisme, et montra, conformément aux assertions de Liébault, que, dans cet état, les sujets suggestionnés par l'opérateur sont aptes à commettre des crimes, vols, assassinats, faux témoignages, etc.; il montra, par l'étude raisonnée de quelques causes célèbres, combien la justice est exposée à se tromper, combien la suggestion consciente et inconsciente peut jouer un rôle dans les actes humains, et devient un facteur dont les magistrats doivent tenir compte.

Il lut en 1884 un premier mémoire sur la question à l'Académie des sciences morales et politiques; ce mémoire sur la « suggestion hypnotique » sollicita vivement l'attention du public scientifique, suscita de nombreuses controverses; l'impression était tellement vive, que quelques années plus tard, elle valut à son auteur le titre de membre correspondant de l'Institut.

A l'Académie de Stanislas, un mémoire de Liégeois sur la même question

provoqua aussi certaines réserves discrètes, naturelles chez des savants prudents, inféodés au vieux dogme séculaire.

Bientôt, en 1889, Liégeois publia un gros volume : *la Suggestion et le Somnambulisme, dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale.* Ce livre magistral contient un historique complet de l'hypnotisme, clair et lucide, tel dans sa perfection qu'un médecin compétent pourrait l'écrire. De nombreuses expériences et de nombreuses observations impressionnantes sont destinées à montrer l'influence de la suggestion dans des actes soumis à la justice. A cette révélation, le lecteur ne peut se défendre d'une profonde émotion. Sans doute, je dois le dire, la suggestion, même lorsqu'elle crée le somnambulisme, ne peut pas transformer tous les sujets en criminels.

Il n'est pas exact de dire que tout sujet hypnotisé ou somnambule obéit fatalement, automatiquement, comme la pierre tombe.

Le somnambule, n'est pas un pur automate, mais il en est parmi eux, même parmi ceux qui ne sont pas somnambules, qui n'offrent que peu ou pas de résistance morale, qui peuvent être moralement déformés, qui peuvent recevoir des impulsions, qui vont au crime. Ceci est une vérité incontestable, bien qu'il ne faille pas la généraliser ; cela doit suffire à solliciter la conscience des magistrats.

Liégeois aussi fut un apôtre passionné de ce qu'il croyait la vérité juridique ; il combattit vaillamment le bon combat pour ses idées, bravant le discrédit du ridicule dont on cherche parfois à le couvrir. Dans un procès célèbre, appelé par la défense, il ne craignit pas d'aller à Paris, exposer en cour d'assises en faveur de l'accusé, qui en bénéficia, ses doctrines et ses convictions.

Parmi ses collègues du droit, et aussi parmi les médecins, on ne voulut pas comprendre qu'un professeur de droit, étranger à la médecine, osât quitter son domaine pour s'aventurer sur un terrain qu'on croyait médical, plein de de mystificateurs et de dangers. On ne comprit pas que la suggestion, telle que la conçoit l'École de Nancy, n'est pas seulement une doctrine médicale utile à la thérapeutique, mais une doctrine psychologique qui intéresse la sociologie tout entière. Libre arbitre, responsabilité humaine, justice vraie, telles sont les questions palpitantes, que soulèvent les expériences faites par notre collègue.

Il n'osa cependant pas aborder ces questions, ni détruire les conclusions que ses recherches pouvaient appeler; avec réserve, il s'arrêta à cette frontière.

Esprit religieux, mais profondément libéral ; soucieux de ne froisser aucune conviction, ami de toutes les libertés, ennemi de toutes les injustices, esprit large et ouvert à toutes les curiosités scientifiques dans tous les domaines, âme compatissante et humaine fortement trempée d'une pièce, à l'unisson de sa grande et vigoureuse charpente physique, allant droit le chemin que sa conscience lui montrait, sans s'émouvoir des critiques et des obstacles, tel fut le savant, tel fut l'homme.

Son nom évoque une date historique, il a contribué à fonder l'École de Nancy ; et il est justice que ce monument perpétue le souvenir d'un homme qui fait honneur à l'Université et à la Lorraine.

Le professeur Moravcsik

Nous avons publié dans notre dernier numéro le portrait du professeur Moravcsik ; par suite d'un lapsus calami, l'éminent psychiatre a été qualifié de secrétaire général du Congrès de Budapest, alors qu'il a été le dévoué *président général* de la section psychiatrique de ce Congrès.

Asile Saint-Athanase

Une des deux places d'interne est actuellement vacante à l'asile public des aliénés de Quimper (Finistère). Avantages : 800 francs d'appointements annuels ; logé, nourri, éclairé, chauffé, blanchi. S'adresser au directeur-médecin.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de César Lombroso, le savant universellement connu.

ASSISTANCE ET LÉGISLATION

COMMENT SOLUTIONNER LA QUESTION DE L'ALIÉNATION MENTALE DANS L'ARMÉE FRANÇAISE?

(Conférence faite au Congrès de Nantes à propos de la discussion des rapports de MM. Granjux et Rayneau.)

PAR

E. RÉGIS

Professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux.

Il y a juste vingt ans, en 1889, qu'avec la thèse de Lacausse [1] j'ai appelé l'attention sur le grave problème des aliénés dans l'armée et signalé ses points principaux : la fréquence de la dégénérescence et de la démence précoce chez les soldats, particulièrement chez les engagés volontaires ; la nécessité de l'examen psychiatrique des recrues ainsi que des prévenus militaires.

Depuis, je n'ai cessé de revenir sur ce sujet, notamment dans nos congrès, soit avec le médecin en chef Challan de Belval, soit surtout avec Granjux, si compétent et si dévoué pour tout ce qui touche à la médecine de l'armée.

1. Lacausse. Les dégénérés psychiques au point de vue du service militaire. (*Thèse de Bordeaux*, 1889.)

C'est dire combien je me réjouis du plein succès du débat suscité au Congrès de Nantes par les rapports de Granjux et de Rayneau.

Ce succès, provient non seulement de la mise de la question à l'ordre du jour de notre programme, de l'heureuse désignation des rapporteurs et de la valeur de leurs deux travaux, se complétant si parfaitement l'un l'autre, il est dû aussi et surtout à la présence significative, en ce Congrès, du distingué et sympathique professeur au Val-de-Grâce, Simonin, représentant spécial du ministre de la guerre, et à celle des nombreux médecins de l'armée qui l'accompagnent.

Tout cela présage que l'heure des solutions est proche. Nous pouvons dire aussi, je crois, que la psychiatrie militaire est désormais fondée en France. Le Congrès de Nantes qui, à ce point de vue, marquera une date, lui aura permis de s'édifier sur la base de l'union parfaite des aliénistes et des médecins de l'armée.

* * *

Je n'ai pas l'intention, Messieurs, de suivre pas à pas nos rapporteurs dans toutes les parties de leur œuvre, si documentée et si précise, d'autant que je suis, à peu près en tout, d'accord avec eux.

Je me bornerai donc à de brèves considérations sur quelques points particuliers du sujet, après quoi j'aborderai l'examen des vœux qu'en leurs conclusions ils nous proposent d'émettre.

Un mot d'abord sur l'*alcoolisme*.

M. Rayneau nous a dit que l'alcoolisme diminue dans l'armée. Cela est tant mieux. Malheureusement le mal est grand encore, surtout chez les soldats d'Afrique et des colonies. Certains d'entre eux, il est vrai, buvaient déjà avant leur incorporation ; mais d'autres, en grand nombre, ont pris l'habitude de boire au régiment, ce qui est déplorable. Un exemple : à l'une de mes dernières leçons cliniques de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sur le délire alcoolique, j'ai eu trois malades à présenter à mes élèves ; tous les trois, et c'est une particularité qui n'a pas manqué de les frapper, étaient, depuis leur service militaire en Algérie, des buveurs d'absinthe et d'apéritifs.

Je crois donc qu'il n'est pas inutile, puisque nous discutons aujourd'hui dans un grand débat d'ensemble la question de l'aliénation mentale dans l'armée, d'appeler une fois de plus et tout particulièrement, l'attention des pouvoirs publics sur l'alcoolisme qui, malgré les mesures déjà prises, n'en reste pas moins l'un des plus puissants facteurs de production et d'aggravation de la folie comme de la criminalité chez les soldats.

A cet égard, il importe encore de rappeler que le Code militaire considère l'ivresse comme cause aggravante de la délinquance. Cela serait juste si chacun était libre de s'enivrer ou de ne pas s'enivrer, de perdre ou de ne pas perdre la tête en s'enivrant : mais nous savons aujourd'hui que la tendance à s'intoxiquer par l'alcool, comme par d'autres poisons, est souvent déjà elle-même pathologique, voire héréditaire et que, comme on l'a dit fort justement, *ne s'alcoolise pas qui veut.*

Il faut d'ailleurs tenir compte des cas dans lesquels un soldat, affaibli par la fatigue ou la maladie, n'est plus à même de résister à la tentation ou de supporter la moindre boisson. Tel ce malheureux colonial, usé par quatorze ans de service et d'expéditions au loin, avec complication de paludisme, de dysenterie, d'insolation, qui, à la veille d'obtenir sa retraite, était poursuivi pour

la seconde fois devant le conseil de guerre de Bordeaux, pour outrages et voies de fait en état d'ivresse et que j'ai eu récemment à examiner en qualité d'expert. Il m'a été facile de montrer que la propension à l'ivresse et son caractère violent, loin d'être chez lui une cause aggravante, n'étaient eux-mêmes que le résultat de la débilitation générale de son organisme, due à son long et pénible passé colonial. Et le tribunal militaire, entrant dans ces vues, vient de lui infliger une condamnation minima, ne supprimant pas ses droits à la modeste retraite pour laquelle il peine depuis près de quinze ans.

A côté de l'alcoolisme, je voudrais mentionner aussi la *syphilis* et insister sur les efforts à faire pour en préserver l'armée.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la paralysie générale, cette maladie post-syphilitique par excellence, fait ses plus nombreuses victimes parmi les officiers, chez lesquels, comme viennent de le confirmer MM. Antheaume et Mignot dans leur ouvrage si documenté sur les maladies mentales dans l'armée française [1], elle atteint la proportion de 25 à 30 p. 100 de l'ensemble des aliénés.

Il faut savoir aussi que beaucoup des paralytiques généraux que nous observons dans la classe ouvrière ont contracté la syphilis pendant leur temps de séjour au régiment. J'ai des documents très probants à cet égard.

En tenant compte de tous les autres facteurs qui peuvent intervenir chez les militaires, en particulier du traumatisme cranien dont l'action, adjuvante sinon efficiente, ne saurait être contestée, on peut dire sans crainte d'erreur que la plus grave des cérébropathies, celle qui frappe l'homme de déchéance mortelle à l'apogée de la vie, est fréquente dans l'armée parce que la syphilis y est fréquente et qu'elle y diminuera dans la proportion où, par des moyens prophylactiques appropriés, on y diminuera la syphilis.

J'aurai terminé ces observations préliminaires lorsque j'aurai dit un mot de la *simulation*.

Nous n'en sommes plus au temps, Messieurs, où l'on voyait un simulateur dans tout soldat présentant des signes d'extravagance, et nos confrères de l'armée admettent pour la plupart aujourd'hui ces deux notions bien établies de la psychiatrie moderne : que la simulation de la folie est relativement rare et qu'elle s'associe d'habitude avec un fond réel de déséquilibration (sursimulation).

Il n'en est pas moins vrai que la simulation de l'aliénation mentale s'observe davantage en médecine légale militaire, surtout chez les soldats des bataillons d'Afrique, des compagnies de discipline et de l'armée coloniale, qu'en médecine légale civile. En vingt-cinq ans d'expertises devant les tribunaux ordinaires, je n'ai rencontré que deux simulateurs, l'un et l'autre nettement tarés. En dix-huit mois d'expertises devant le conseil de guerre, j'ai déjà vu deux cas de simulation complète, avec aveu final.

Je tiens à rappeler ici — j'ai déjà insisté antérieurement sur ce point important — que le diagnostic de la simulation est particulièrement difficile chez le soldat, pour la raison que les états psychopathiques auxquels il est le plus fréquemment sujet, la dégénérescence et la démence précoce, ont des manifestations morbides qui peuvent très bien paraître simulées. La démence précoce

1. Antheaume et Mignot. *Les Maladies mentales dans l'armée française.* Delarue, Paris, 1909.

surtout, avec ses attitudes et ses allures maniérées, ses éclats de rire moqueurs ses phrases en coq-à-l'âne, à contresens, d'une absurdité comme voulue est de nature à prêter à l'équivoque et réclame, de la part de l'expert, une compétence et une attention toutes spéciales.

J'ajoute que le fait, pour un inculpé, de se reprocher de simuler, n'implique pas forcément la réalité de la simulation. J'ai eu à examiner, il y a quelques mois, un disciplinaire d'Oléron qui, placé antérieurement dans un hôpital militaire, avait été considéré tout naturellement comme simulateur parce qu'il prétendait avoir simulé l'hystérie, la neurasthénie, et divers actes de folie. En réalité, c'était un dément précoce dont l'auto-accusation était purement délirante et qui a dû être interné dans un asile d'aliénés.

* * *

J'aborde maintenant la partie essentielle de ce débat, c'est-à-dire la discussion des vœux proposés par nos rapporteurs.

Ces vœux peuvent se diviser en trois catégories principales visant : 1° *l'examen mental des soldats à l'incorporation*; 2° *l'expertise psychiatrique des inculpés militaires*; 3° *l'enseignement de la psychiatrie dans la médecine de l'armée.*

Dans chacune de ces catégories de vœux je présenterai, sur certains points, quelques observations.

1° Je suis partisan, depuis longtemps, de l'examen mental aussi bien que physique de tout conscrit. C'est le but final auquel il faut tendre et nous devons l'indiquer dans nos conclusions.

Si, comme on me l'a maintes fois objecté, cet examen mental de chaque conscrit est actuellement impossible à réaliser, ce qui n'est pas bien certain, il faut tout au moins, en attendant, assurer le rejet des conscrits sérieusement tarés.

Nos rapporteurs réclament fort justement dans ce but, vous l'avez vu, des instructions ministérielles formelles obligeant d'une part, l'administration à faire connaître au conseil de revision les jeunes gens antérieurement internés, d'autre part, les maires à signaler les sujets notoirement déséquilibrés.

Ils réclament aussi l'examen mental des « bons absents » à l'incorporation.

Ces propositions sont excellentes et nous ne pouvons que les appuyer de toutes nos forces.

Mais il faudra que l'autorité militaire et en particulier que nos confrères de l'armée tiennent compte des renseignements ainsi acquis.

Soyons sûrs qu'ils le feront, puisqu'ils le font déjà de leur mieux. Personnellement, je suis intervenu à maintes reprises pour empêcher l'entrée dans l'armée d'individus que je considérais comme mentalement incapables de la servir et dangereux pour elle et je dois dire que le plus souvent mon avis motivé a été suivi. Parfois, cependant, je n'ai pas été écouté. J'avais délivré l'année dernière un certificat visant un jeune homme que je soignais pour excitation par accès, ce que l'on appellerait aujourd'hui cyclothymie à forme excitée. Or, malgré mon certificat, concluant à l'impossibilité, pour ce jeune homme, de faire son service militaire, il fut non pas réformé, mais versé dans le service auxiliaire, ce refuge de toutes les invalidités. Cette solution bâtarde ne fut pas heureuse, car peu après, mon sujet, surexcité et mis hors de lui par les puni-

tions résultant de son impulsivité, prenait son capitaine en grippe et s'apprêtait à lui faire un mauvais parti. Prévenu à temps heureusement, je me hâtai de mettre au courant de la situation le médecin du régiment qui, après observation, provoquait la mise en réforme de ce soldat. Nous empêchâmes ainsi, probablement, le meurtre pathologique d'un officier, qui ne se doutait de rien. Mais combien il eût été préférable de ne pas risquer pareille aventure, en fermant d'emblée les portes de l'armée, comme je le demandais, à cet excité dangereux !

S'il est utile de connaître la mentalité des conscrits appelés, il est bien plus indispensable encore de connaître celle des *engagés volontaires*, puisque c'est parmi eux surtout que se rencontrent les déséquilibrés et les dégénérés. C'est là un fait aujourd'hui acquis et que, depuis Lacausse, tous les auteurs ont mis en évidence.

Il ne s'ensuit pas pour cela, naturellement, que tous les engagés volontaires soient des tarés et l'occasion est bonne aujourd'hui, pour nous, de nous expliquer sur ce point délicat.

La vérité c'est que si l'engagement volontaire fournit à l'armée ce qu'elle a de pire, elle lui fournit aussi ce qu'elle a de meilleur.

C'est ainsi, par exemple, que l'École militaire d'infanterie de Saint-Maixent, qui contient l'élite des sous-officiers, se compose en grande partie d'engagés. Voici ce que m'écrit, à ce sujet, son distingué commandant, le lieutenant-colonel Lavisse :

« En 1907-1908, l'école avait 155 engagés sur les 198 élèves, soit 78 p. 100.

« En 1908-1909, elle a 127 engagés sur 198 élèves, soit 77 p. 100.

« En 1908, dans le classement de fin d'année, 7 engagés se trouvent dans les 10 premiers et occupent les rangs : 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10.

« Pas de punitions à signaler ni de cas de désertion ou d'aliénation mentale chez les engagés.

« Évidemment ceux que nous avons ici ont été sélectionnés. La plupart se sont engagés avec le désir de devenir officiers et sont entrés directement dans l'armée comme soldats, soit parce qu'ils avaient échoué à Saint-Cyr, soit parce que leurs études antérieures ne leur permettaient pas de concourir avec chances de succès et dans les conditions d'âge exigées pour l'admission dans cette école.

« Une minorité de jeunes gens parmi les engagés a choisi la carrière militaire après l'arrivée au régiment. Ce sont des indécis qui ont pris goût au métier, ou des jeunes gens qui ont vu s'évanouir leurs rêves détruits par des revers de fortune, des malheurs de famille ou tout autre accident.

« Enfin, quelquefois, des caractères mal équilibrés, agités ou turbulents s'assagissent, s'équilibrent, s'amendent ou se corrigent. Fautes de jeunesse réparables. J'en connais de ces rescapés qui font d'excellents officiers.

« Et je conclurai volontiers comme vous : on trouve parmi les engagés de très mauvais et de très bons sujets. »

Ces explications fournies et cette mise au point faite, il n'en reste pas moins que beaucoup de tarés pénètrent dans l'armée par la voie de l'engagement volontaire.

Ces tarés, d'où viennent-ils ? — Ce sont des déséquilibrés dont les familles n'ont rien pu faire et qu'elles forcent à s'engager ; ce sont de jeunes délinquants libérés, des pupilles difficiles et vicieux de l'Assistance publique, des

dégénérés sortis d'asiles d'aliénés, de maisons de correction, de maisons de réforme, de tout ces établissements d'anormaux à qui l'armée sert, en quelque sorte, de déversoir et autour desquels est allé jusqu'à s'organiser un *patronage de l'engagement volontaire.*

L'armée a, jusqu'ici, accepté sans contrôle tous ces individus, si compromettants et si dangereux pour elle[1]. De toute nécessité, il faut qu'elle se préserve de ce fléau.

Nos rapporteurs ont proposé un certain nombre de mesures à prendre à cet égard.

Granjux réclame la production, par tout candidat à l'engagement, d'un certificat médical établi de préférence par le médecin de la famille et constatant qu'il ne présente pas de troubles cérébraux caractérisés. En outre, un examen psychiatrique devra être pratiqué, dans chaque cas, par le médecin du bureau de recrutement.

Rayneau réclame de son côté : 1° un certificat médical attestant que le sujet est sain d'esprit; 2° une déclaration du maire de sa résidence établissant que la notoriété publique ne lui attribue aucune infirmité mentale; 3° une enquête de la gendarmerie sur ses antécédents personnels et héréditaires, d'après un questionnaire. L'acceptation ne serait prononcée qu'après vérification de ces pièces et un examen psychique sérieux.

Le certificat médical constitue ici, sans contredit, la pièce la plus importante. Mais pour avoir toute sa valeur, il faut qu'il émane d'un praticien non seulement compétent en ces délicates matières spéciales, mais encore libre de toute préoccupation et de toute contrainte. Ce n'est point le cas du médecin de la famille qui va se trouver placé entre deux devoirs : celui de dire la vérité à l'armée, à la nation, et celui du secret qu'il doit à ses clients. Aussi parlera-t-il lorsque les parents d'un jeune dégénéré voudront l'empêcher d'entrer dans l'armée, et se taira-t-il lorsqu'ils voudront, au contraire, l'y faire entrer. J'ai, par devers moi, maints exemples de ce genre que je pourrais citer. Et c'est ce qui, malheureusement, diminuera la portée de ce document technique.

Ces réserves faites, nous pouvons néanmoins réclamer la production de ce certificat, mais avec une modification des termes proposés par les rapporteurs. Lui demander d'attester simplement que le postulant ne présente pas de « troubles cérébraux caractérisés », c'est en effet trop peu, car les déséquilibrés et les dégénérés, ceux précisément qu'il s'agit d'éliminer, passeraient aisément par ce crible trop large; et, d'autre part, lui faire constater que le candidat est « sain d'esprit », c'est trop, en tout cas trop vague. On pourrait adopter une autre formule, à la fois générale et explicite.

La déclaration du maire n'est pas passible de l'objection faite au certificat, car le maire, sans aucune obligation professionnelle vis-à-vis des familles, peut et doit dire ici la vérité tout entière. C'est ainsi qu'il agit du

1. Voici ce que dit aujourd'hui de son fils le père de ce caporal X..., accusé de désertion et de vol d'un engin de guerre « ...nous le considérions comme un déséquilibré. C'est un faible et un impulsif, une sorte d'amoral, un garçon au bon sens faussé.... *C'est pourquoi, à la suite de frasques inimaginables, je le contraignis à s'engager, espérant que le service militaire lui serait salutaire.* » (*Le Journal*, 2 septembre 1909.)

reste en bien d'autres circonstances, en ce qui concerne notamment ceux de ses administrés traduits en justice.

La déclaration du maire me paraît donc nécessaire; j'ajoute qu'elle doit viser la mentalité connue, personnelle et familiale, du sujet, ses antécédents scolaires, professionnels, sa moralité, sa sobriété. J'insiste sur les *antécédents scolaires*, si souvent révélateurs précoces de tares psychiques incompatibles avec le service militaire : l'arriération d'esprit, l'instabilité, la tendance impulsive au vol, au mensonge, à la fugue, à la violence. Le carnet sanitaire scolaire, lorsqu'il sera bien établi, rendra de grands services dans l'examen de tous les conscrits, au moment de la revision.

Je ne suis guère partisan d'une enquête spéciale de la gendarmerie, même sur questionnaire. Ou les gendarmes prendront çà et là des renseignements sur l'individu et ces renseignements n'auront ni la valeur, ni la précision de ceux fournis par le maire; ou ils interrogeront les médecins et ceux-ci refuseront de répondre. C'est du reste ce qui se passe déjà aujourd'hui. Il m'est arrivé personnellement d'être interviewé par des gendarmes au sujet de conscrits à réformer. Or, si je n'hésite pas, lorsque je le crois juste et utile, à rédiger un certificat pour éclairer l'autorité militaire sur la mentalité d'un sujet, je ne consentirai jamais à dire à un gendarme des choses médicales, professionnelles, pour être transcrites sur son carnet.

Si j'ai discuté la valeur pratique des pièces médicales et extra-médicales réclamées par nos rapporteurs à tout candidat à l'engagement volontaire, c'est pour montrer que ces documents ne peuvent fournir que des présomptions, des probabilités, et que la formalité capitale de cette expertise psychiatrique est et doit être l'examen direct pratiqué par un médecin militaire.

Il en va, Messieurs, en matière d'engagement comme en matière d'assurance sur la vie. C'est à la partie intéressée à se garer, par une sélection médicale rigoureuse, des individualités plus ou moins invalides qui sollicitent d'elles leur acceptation. Les compagnies d'assurances ont, pour cela, leurs médecins attitrés; l'armée doit avoir les siens qui, se basant à la fois sur les renseignements fournis et sur les données de leur propre examen, formuleront en pleine connaissance de cause un avis autorisé.

Bien entendu, ces médecins militaires devront être spécialisés, sinon spécialistes, ce genre d'expertise réclamant une compétence et une expérience approfondies. Quant au résultat de leur enquête, il sera déclaré bon, mauvais ou douteux, et dans ce cas, un complément d'observation devra s'ensuivre, sous une forme à déterminer.

Lorsque les choses iront ainsi, les dégénérés les plus tarés, les plus dangereux seront forcément arrêtés au passage et l'on ne verra plus, comme je l'ai vu naguère, un de ces sujets, récemment sorti d'un asile d'aliénés, commettre un meurtre pathologique juste au moment où il s'engageait.

Il est vrai que nous allons réclamer désormais l'indication administrative des internements antérieurs. Mais cette mesure elle-même, de quelle utilité sera-t-elle lorsque le postulant entrera sous un faux nom dans la légion étrangère ? Le cas, est paraît-il, assez commun. D'après un renseignement qui vient de m'être fourni, il existerait, à l'asile Saint-Pierre, de Marseille, une quarantaine d'aliénés provenant de la légion étrangère qui, presque tous, après avoir été réformés pour troubles mentaux, s'étaient de nouveau engagés,

souvent à plusieurs reprises, à la Légion. L'un d'eux, avant de s'engager, avait déjà fait, à dix-neuf ans, six entrées dans divers asiles d'aliénés.

2° *L'expertise mentale* des inculpés militaires est un des points sur lesquels nos rapporteurs ont le plus justement insisté.

Ils préconisent l'examen de tout individu en prévention de conseil de discipline et de conseil de guerre.

C'est, vous ne l'avez pas oublié, le vœu même que j'ai présenté, d'accord avec Granjux, à notre Congrès de Marseille, il y a dix ans, et que vous avez fait vôtre.

Il est intéressant, à ce sujet, de se reporter à la discussion qui a eu lieu les 10 et 11 juin dernier à la Chambre des députés, à propos de la loi sur la suppression des conseils de guerre permanents. On y voit, de la part de tous, la tendance très nette à l'adoption de l'expertise obligatoire. Finalement, il a été décidé, vous le savez, de s'en remettre à un règlement ministériel du soin d'organiser les choses au mieux. L'heure ne saurait donc être plus propice pour échanger nos vues et pour fournir aux administrations compétentes, à la veille de cette réglementation délicate, quelques suggestions utiles.

En ce qui me concerne, je crois que, fidèles à notre opinion antérieure, nous devons persister à demander l'examen mental de tout inculpé militaire.

Cela ne veut pas dire, assurément, que nous considérions tous les délinquants comme des aliénés et que, dans notre pensée, l'expertise doive aboutir chaque fois à une conclusion d'irresponsabilité.

Cela veut dire qu'il n'y a qu'un moyen d'éviter la grave erreur, — si commune hélas! surtout en justice militaire — consistant à condamner un malheureux malade, c'est de soumettre tous les inculpés à une sorte de vérification psychique.

Il va de soi que cette vérification varierait d'importance suivant le cas et qu'elle ne comporterait la grande expertise médico-légale que lorsqu'il y aurait lieu.

Ce serait là, en quelque sorte, une expertise à deux degrés : au premier degré, examen mental de tout inculpé militaire; au second degré, expertise complète de ceux que la première observation aurait désignés comme suspects de trouble mental.

Ainsi que l'ont très instamment soutenu certains députés, cette obligation de l'expertise devrait être inscrite dans la loi, au moins en principe, sauf à la réglementer ultérieurement en ses détails par des dispositions administratives appropriées.

Il ne saurait y avoir d'objection à cela. La seule qu'on ait pu faire, à la Chambre, c'est que l'expertise obligatoire n'existe pas devant les autres juridictions. On conviendra que ce n'est pas une raison suffisante, pour repousser un progrès, que de constater qu'il n'est pas réalisé ailleurs, et la justice militaire, si qualifiée pour adopter une mesure de ce genre en raison des formes si multiples et du caractère si fréquemment morbide de la délinquance, s'honorerait en montrant la voie, à ce point de vue, à la justice civile.

Par qui et comment devront être faites les expertises psychiatriques dans l'armée?

Je n'hésite pas à le dire : par les médecins militaires, mais par des médecins militaires spécialisés.

A l'heure actuelle, on exige du médecin militaire qu'il sache tout, non seu-

lement la médecine et la chirurgie générales, mais encore les spécialités, y compris la plus spéciale de toutes, si l'on peut dire, la psychiatrie, et on les astreint à se prononcer *de plano* sur les plus délicats problèmes de la mentalité et de la responsabilité humaines.

Comment s'étonner si, malgré leur haute valeur professionnelle et leur scrupuleuse conscience, ils n'atteignent pas toujours la vérité cherchée ? Est-ce leur faute si leur expérience n'égale pas celle des spécialistes en des matières qu'on ne leur a jamais enseignées ?

Voici deux exemples de nature à bien montrer la nécessité d'une compétence particulière, en fait d'expertise mentale dans l'armée.

J'ai eu à examiner récemment un engagé volontaire qui, malgré son vif désir d'être soldat, n'avait cessé de s'enfuir depuis son incorporation et était poursuivi pour désertion à l'étranger. C'était un type de déséquilibré, de dégénéré, sujet depuis l'enfance à des impulsions irrésistibles se manifestant tout particulièrement sous forme de propension, par accès, à la fugue. Je conclus à son irresponsabilité. Conformément à mon avis, il fut l'objet d'une ordonnance de non-lieu et finalement réformé [1].

Or, avant mon expertise et entre deux fugues, ce jeune homme avait été hospitalisé et soumis à l'examen d'un médecin militaire qui, après quelques jours d'observation, constatant qu'il était intelligent, raisonnait bien, répondait et obéissait très nettement et de façon sensée, crut pouvoir conclure qu'il était entièrement responsable de ses actes.

En réalité, derrière la lucidité d'esprit, existait chez lui un état pathologique complet de la volonté.

Le second cas a eu des suites plus fâcheuses.

Il s'agit encore d'un engagé qui, pour la seconde fois, passait en conseil de guerre pour vol militaire. Malgré mon rapport établissant que c'était un déséquilibré, débile d'esprit, présentant une tendance morbide et marquée à la rêverie, au mensonge, au mysticisme religieux et spirite, et concluant à une responsabilité notablement atténuée, il fut condamné à deux ans de prison.

A l'expiration de sa peine, d'ailleurs diminuée, son père a demandé qu'en raison de sa débilité mentale et de son impulsivité il ne fût pas envoyé aux bataillons d'Afrique, mais gardé en France, dans des conditions permettant de le mieux surveiller moralement. J'ai à nouveau insisté, dans un certificat à l'appui, sur les tares pathologiques de ce jeune homme et sur les dangers pour son état psychique, de son envoi aux bataillons d'Afrique.

Aux démarches faites, il a été répondu par le ministre : « Que d'après les renseignements fournis par l'autorité militaire locale, après examen médical approfondi, le soldat X... n'avait paru présenter aucune tare physique ou mentale et devait être considéré comme responsable de ses actes ; que, dans ces conditions, sa présentation à la commission de réforme était jugée inutile et qu'il serait envoyé dans un bataillon d'Afrique. »

Je ne sais si le médecin militaire qui a examiné ce jeune homme a eu en main tous les renseignements nécessaires et en particulier mon rapport médico-légal et mon certificat, comme cela eût dû être. Je n'oserais l'affirmer. Mais, ce qu'il y a de certain, c'est que voilà un malheureux taré, sérieusement

1. E. Régis. Les fugues militaires au point de vue médico-légal. (*Le Caducée*, 1909.)

taré, qui, pour guérir de ses tares, va être envoyé dans le milieu le plus propre à les accentuer, chez les Joyeux.

Je le répète donc : les expertises psychiatriques militaires doivent être faites par des médecins militaires, mais par des médecins spécialisés. Nous verrons plus loin comment on les pourrait former.

En attendant, il est indispensable, pour l'armée, de faire appel au concours des spécialistes civils, agissant soit seuls, soit de préférence de concert avec les médecins militaires. C'est la formule même de notre vœu du congrès de Marseille. C'est ce qui se pratique actuellement depuis la circulaire de M. Chéron, du 16 novembre 1907.

Quelques-uns de nos confrères de l'armée ont pu prendre ombrage de cette circulaire et penser qu'elle ne tendait à rien moins qu'à doter désormais les psychiatres du dehors d'attributions médico-légales leur revenant de droit.

Non. Il s'agit simplement ici d'une collaboration et d'une collaboration à mon sens temporaire, limitée à la période actuelle de transition. Les expertises psychiatriques militaires appartiennent à nos confrères de l'armée et doivent un jour, lorsqu'ils auront aussi des psychiatres, leur revenir intégralement. Mais en attendant, ils ne peuvent qu'applaudir et ils applaudissent, j'en suis sûr, à une mesure transitoire destinée à leur donner des collaborateurs uniquement désireux de faciliter leur tâche en une de ses parties les plus délicates et les plus spéciales.

L'expertise psychiatrique pourrait se faire soit dans les prisons, soit de préférence dans les hôpitaux militaires.

Et, à ce propos, j'insiste avec force sur la nécessité de créer ou d'organiser, sur les meilleures données actuelles, comme Ewald Stier l'a demandé en Allemagne, un service de psychiatrie dans les grands hôpitaux militaires. Ce service recevrait tous les sujets de la circonscription en observation ou en traitement pour troubles mentaux. Dirigé par les psychiatres militaires, desservi par des infirmiers également spécialisés, il constituerait, à l'instar des services analogues existant dans certains grands hôpitaux, français et étrangers, un milieu excellemment approprié pour l'étude médicale et médico-légale des délirants, en même temps qu'un incomparable élément d'instruction spéciale pour tous les élèves intéressés.

3° Ceci m'amène à la troisième partie des vœux que nous désirons émettre, ceux qui concernent *l'enseignement psychiatrique* des médecins de l'armée. C'est là, on peut le dire, la base même de la réforme à accomplir, car étant d'essence médicale, elle repose naturellement tout entière sur l'intervention prépondérante et constante du médecin. Il faut donc, pour qu'il soit à la hauteur d'une tâche aussi difficile, mettre ce médecin absolument à même de la remplir.

Avant de résumer à grands traits comment on peut comprendre le plan d'un tel enseignement, je voudrais rappeler d'un mot l'utilité qu'il y a à faire tout d'abord, sur ces points, l'éducation des officiers eux-mêmes. Il ne s'agit pas, bien entendu, de leur enseigner la psychiatrie. Ce serait ridicule. Il s'agit simplement de leur montrer, en quelques notions simples, claires et précises, qu'on peut accomplir un délit militaire ou de droit commun sans être réellement coupable et uniquement parce qu'on est malade.

Si je crois devoir dire cela ici, c'est parce que, dans le domaine militaire, l'officier est, en quelque sorte, au soldat ce que le maître est à l'élève dans

l'enseignement proprement dit ; parce que c'est lui qui est appelé à apprécier l'intelligence, le caractère et la conduite de chacun de ses hommes et à les noter ; lui — et vous sentez en l'espèce l'importance du fait — qui rédige le premier rapport sur le délit commis et donne sur l'acte et son auteur une appréciation destinée naturellement à influer sur l'instruction et parfois aussi sur l'expertise.

L'officier joue donc en criminologie militaire, un rôle trop important pour qu'on ne lui fournisse pas, à cet égard, toutes les indications spéciales dont il a besoin.

Tant qu'il pourra croire qu' « au premier délit, l'armée a simplement à rechercher les circonstances atténuantes et aussi à sévir », que « la récidive seule motive une enquête psychologique », qu' « on prévient par l'exemple répressif la propagation des fautes », enfin qu'un soldat condamné, « s'il est véritablement idiot, ne peut trouver pour faire constater son état de milieu plus approprié que la prison », comme me l'écrivait récemment un officier supérieur des plus distingués, il aura forcément tendance à voir, dans tout soldat délinquant, si irresponsable soit-il, un coupable, qu'il faut punir pour lui-même et pour l'exemple.

Donc, sans faire de la psychiatrie scientifique aux officiers, sans vouloir en quoi que ce soit les pousser à sortir de leurs fonctions et à se transformer en experts, il importe de leur expliquer, de façon élémentaire, qu'il y a des délinquants malades et que, dans la mesure où cela leur est possible, ils ont pour devoir de les reconnaître et de les signaler au médecin.

Voici, par exemple, ce que je disais l'année dernière aux élèves de l'École militaire d'infanterie de Saint-Maixent, dans la conférence que j'ai eu l'honneur de leur faire : « La fugue dans l'armée donnant lieu à l'absence illégale et à la désertion, vous comprenez, Messieurs, l'importance qu'il y a pour vous à savoir qu'elle peut être et qu'elle est souvent l'expression d'un état pathologique, d'une propulsion irrésistible. Ne vous hâtez donc point de livrer aux rigueurs des règlements militaires tous ceux de vos hommes qui s'enfuient ; examinez soigneusement chacun d'eux ; consultez son dossier psychologique ; analysez les causes, les caractères, les circonstances de son escapade, le souvenir qu'il en peut garder, les précédents qu'elle a pu avoir, surtout à la période scolaire et s'il vous paraît que le cas est nettement morbide ou seulement douteux, n'hésitez pas à le soumettre à l'observation médicale ; vous aurez, en toute conscience, et avec un esprit de justice mieux éclairé, rempli votre devoir[1]. »

Tenir un tel langage à de futurs officiers de l'armée, ce n'est pas, je crois, faire œuvre scientifique vaine, mais œuvre de vulgarisation pratique et j'ajoute nécessaire.

J'en reviens maintenant à l'éducation psychiatrique des médecins militaires, point capital de la question.

Il y a déjà longtemps, vous le savez, Messieurs, qu'on réclame un stage obligatoire de psychiatrie pour tous les étudiants, sans exception. Et puisque l'honorable M. Paul Brousse, député de Paris, toujours si dévoué à tout ce qui nous intéresse ou qui nous touche, assiste à cette séance, laissez-moi vous

1. E. Régis. *L'officier dans l'hygiène mentale du soldat.* H. Ch. O. Lavauzelle, 1908.

rappeler ce qu'il disait en 1897, dans son rapport au Conseil général de la Seine : « Il est monstrueux que l'étude de l'aliénation mentale ne soit pas une partie de l'enseignement obligatoire à la Faculté de médecine. On peut être docteur, agrégé, professeur même, sans en savoir un mot! Cela, d'ailleurs, paraît d'autant plus étrange que ce médecin qui a le droit d'ignorer la science du diagnostic de la folie détient le pouvoir, par son nom mis au-dessous d'un petit certificat, de vous faire interner dans les vingt-quatre heures. »

Or, si le stage psychiatrique devrait être obligatoire pour les étudiants civils, avec combien plus de raison encore devrait-il l'être pour les étudiants militaires ! Dans nombre de pays étrangers, comme l'a indiqué Sérieux, les médecins militaires figurent parmi ceux qui reçoivent une instruction psychiatrique spéciale et plus étendue.

En France, rien n'est réglementé à cet égard et la seule instruction psychiatrique que reçoivent nos futurs médecins de l'armée est celle qui leur est donnée, dans des conditions bien insuffisantes, par les cliniques de Lyon et de Bordeaux.

Nous devons donc demander, comme première réforme indispensable, que, désormais, tous les étudiants en médecine militaire, de terre, de mer ou des colonies, soient astreints à une étude sérieuse des maladies mentales, avec stage obligatoire.

L'occasion est d'autant meilleure pour cette revendication, que la réforme des études médicales est actuellement à l'ordre du jour. Chargé par l'Association des membres du corps enseignant des facultés de médecine, du rapport spécial en ce qui concerne la psychiatrie, j'accueillerai avec reconnaissance tous les renseignements et tous les bons avis qui pourront m'être communiqués sur le point particulier qui nous occupe.

L'instruction ainsi donnée aux étudiants militaires serait naturellement complétée par l'organisation ou le perfectionnement d'un enseignement du même genre dans les écoles d'application du Val-de-Grâce, de Marseille et de Toulon, où existent de précieux éléments cliniques non plus seulement de psychiatrie générale, mais aussi et surtout de psychiatrie militaire spéciale, j'entends par là tous les cas médicaux ou médico-légaux que peuvent comporter les psychoses métropolitaines et coloniales, chez les officiers et chez les soldats.

Tel est, dans ses grandes lignes, le programme de l'enseignement psychiatrique à donner, dès maintenant, à tous les futurs médecins de nos armées.

Reste à s'occuper de la formation des spécialistes.

Il est certain que, dans l'ensemble des élèves, quelques-uns, plus nombreux peut-être qu'on ne le croit, manifesteront un goût tout particulier pour l'étude et la pratique de la psychiatrie. Je suis assez bien placé pour assurer que, parmi les générations d'étudiants de la marine et des colonies qui se succèdent tous les ans à la Faculté de médecine de Bordeaux, plusieurs ont des aptitudes de psychiatrie remarquables, qu'ils seraient heureux de cultiver.

Ce sont ces étudiants qui formeront les spécialistes dont l'armée a besoin. Donnons-leur les moyens de le devenir.

Autorisons-les, pour cela, à se perfectionner par des stages suffisamment longs dans les cliniques des facultés et dans les services de psychiatrie à organiser dans les grands hôpitaux militaires. Facilitons-leur l'accès des concours

et des diplômes spéciaux, jusques et y compris l'agrégation de psychiatrie, qui vient d'être instituée il y a à peine quelques jours.

L'armée aura alors ses experts psychiatres, offrant toute compétence et toute garantie, auxquels elle pourra confier, en pleine sécurité, et sans l'aide, désormais inutile, de spécialistes civils, les tâches nombreuses et difficiles relevant de la spécialité, c'est-à-dire : l'examen des conscrits suspects, en particulier celui des candidats à l'engagement volontaire ; l'expertise psychiatrique des militaires en prévention de conseil de discipline et de conseil de guerre ; l'inspection mentale des prisonniers militaires ; la direction des services de psychiatrie des grands hôpitaux militaires, et, s'il en existe un jour chez nous, comme dans certains pays étrangers, des asiles d'aliénés militaires.

Inutile d'ajouter qu'une organisation pareille rendrait d'immenses services en cas de guerre, soit européenne, soit coloniale. L'exemple récent de nos amis russes en Mandchourie, que Roubinovitch rappelait encore ce matin, est là pour montrer la nécessité de prévoir une assistance des délirants et aliénés dans tous les grands conflits militaires de l'avenir.

Tout cela, Messieurs, n'est ni rêve, ni utopie, ni chimère; tout cela est réalisé déjà, de façon plus ou moins complète, à l'étranger.

Permettez-moi à ce sujet, et pour finir, de vous citer un document.

Le docteur J. A. Romeyn, médecin de première classe, spécialiste en psychiatrie pour l'armée hollandaise, écrivait, le 14 mai 1906, à notre distingué confrère le médecin major Chavigny, une lettre tout à fait intéressante, de laquelle j'extrais les renseignements suivants :

« ...En 1904, une nouvelle circulaire fut expédiée, décrétant qu'il y aurait deux médecins militaires spécialistes de psychiatrie et de neurologie pour l'armée, les docteurs J. W. Deknatel à Breda et J. A. Romeyn à Arnhem, tous les deux aussi médecins des prisons de l'État de ces villes.

« Tout cas douteux de maladie mentale ou de simulation serait immédiatement mentionné et annoncé au général major inspecteur, qui prendrait des mesures, soit pour l'évacuation des malades aux hôpitaux militaires de Breda ou d'Arnhem, soit pour la possibilité de consulter sur place un des médecins spécialistes. La demande de la consultation doit être accompagnée d'une liste comme celle qui est adjointe ici.

« Aux militaires de l'armée aussi une communication fut faite, qu'ils pourraient, en cas de besoin, disposer des services de mon confrère Deknatel et moi, dans tout cas douteux d'aliénation mentale et dans tous les cas où des punitions sévères sont infligées, en recommandant de demander cet avis sitôt possible.

« La situation est ainsi, à présent, telle.

« Il y a deux médecins militaires spécialistes de psychiatrie et de neurologie.

« A peu près toutes les grandes garnisons et toutes les grandes prisons de l'État ont un médecin militaire qui a fait un stage à Amsterdam ou à Leyde pour l'étude de la psychiatrie. Les stages d'un an continuent toujours.

« M. le ministre de la guerre, M. Staal, m'a dit un de ces jours qu'il lui semblait bon de faire passer à un ou deux des officiers de santé un ou deux ans à une université de l'étranger. Je nommai Berlin (Ziehen) ou Bordeaux (E. Régis) pour procéder dans l'étude de la psychiatrie et des maladies mentales, avec attention particulière pour les besoins de l'armée. »

Je suis personnellement extrêmement flatté de cette désignation du docteur Romeyn, que je n'ai pas l'honneur de connaître, et je me déclare prêt à faire le meilleur accueil, dans mon trop modeste service d'enseignement, aux psychiatres militaires, hollandais et autres, qui croiraient pouvoir y trouver quelque élément complémentaire d'instruction. Et, m'emparant à mon tour de son idée, je demande que les psychiatres de l'armée, dont nous réclamons instamment la formation, soient autorisés à faire des stages spéciaux non seulement en France, mais encore à l'étranger. Nous n'aurons plus rien alors à envier à personne sur un point où, comme sur tant d'autres, nous nous sommes malheureusement laissé dépasser.

PSYCHO-PÉDAGOGIE

LES QUESTIONS PSYCHO-PÉDAGOGIQUES AU CONGRÈS DE MONS

Sommaire : *I. Rapport de Mlle Yoteyko sur « le surmenage scolaire ». Discussion : MM. Menzerath, Blondel, Dupré, Massaut, Ley. — II. Communication de M. Desagher sur « la psychologie des aveugles ». Discussion : MM. Dupré, Decroly, Antheaume, Crocq.*

I

Le Surmenage scolaire

Mlle *Yoteyko*, rapporteur. — Mes nombreuses occupations m'ont, à mon grand regret, empêchée de rédiger le rapport que je vais vous exposer oralement.

La question du surmenage scolaire a d'abord été étudiée d'après une méthode assez grossière, la méthode pathologique, qui, réduite à la considération du nombre des malades, des variations de poids et des troubles de croissance présentés par les élèves, a néanmoins donné de bons résultats.

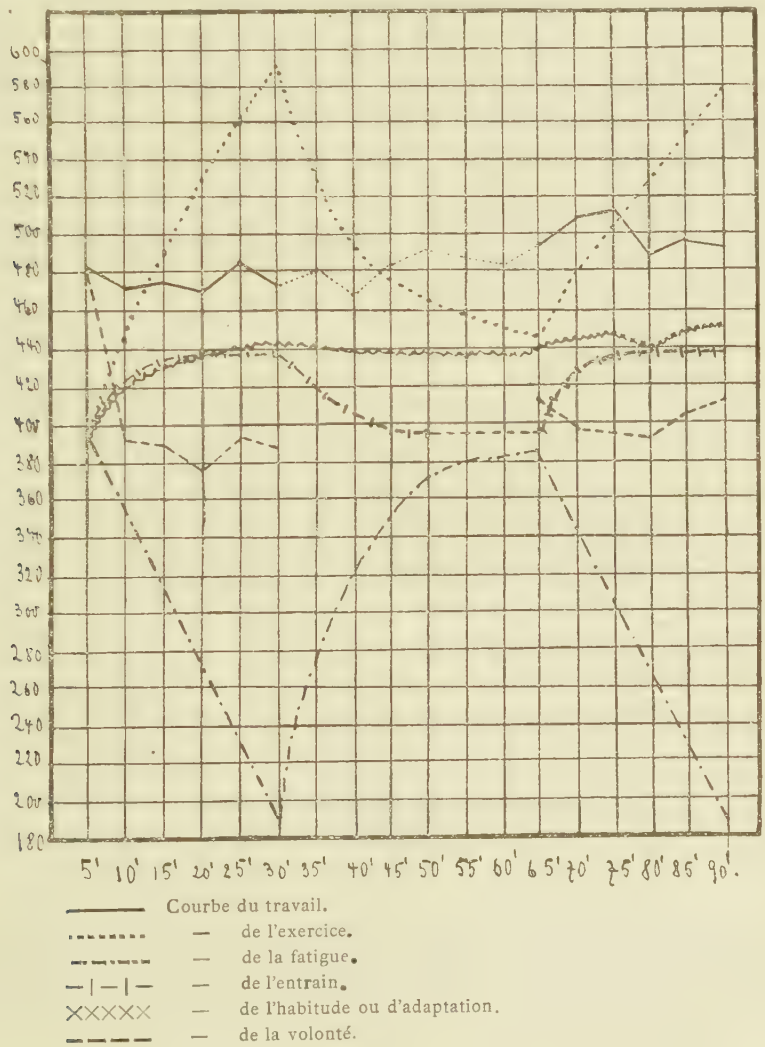
Le surmenage scolaire n'est pas admis par tous les auteurs. Au premier plan se placerait ce que le docteur Mathieu, de Paris, a heureusement appelé le malmenage. Le malmenage scolaire ne serait pas dû à l'excès de travail, mais aux conditions hygiéniques : sédentarité, atmosphère viciée, myopie. Du surmenage proprement dit, il n'y en aurait que pour l'étudiant en proie aux concours.

On ne peut nier, cependant, l'existence d'un certain surmenage dans nos lycées et collèges. Quand il n'y a pas surmenage, comme c'est le cas des jeunes enfants, il y a trop souvent malmenage, et non seulement malmenage physique, ce qui rend plus nécessaire encore les grandes vacances, mais encore malmenage intellectuel, car il n'est pas indifférent d'essayer d'inculquer aux enfants des notions supérieures à leur âge.

Mais toutes ces observations n'ont pas de base proprement scienti-

fique. Pour faire du surmenage une étude scientifique, il faut analyser le travail intellectuel proprement dit et déterminer l'importance numérique de ces différents facteurs. C'est à cette analyse que s'est appliqué le professeur Kræpelin, alors qu'il était encore à Heidelberg, en utilisant la méthode psychologique pure. Ses expériences, faites sur des adultes et qu'il serait désirable pour les besoins de la pédologie de voir reproduire avec des écoliers, sont néanmoins pleines d'enseignements.

Le travail intellectuel imposé consistait à compter les lettres d'un texte imprimé, à faire des additions de nombres d'un chiffre, à apprendre par cœur des séries de chiffres ou de syllabes. L'expérience durait deux heures, laps de temps assez long pour permettre des observations fructueuses.



Les résultats sont intéressants. Ils varient du reste avec les individus. Le travail intellectuel s'est montré soumis à deux influences antagonistes et concomitantes : celle de l'entraînement et celle de la fatigue. Au début, c'est l'entraînement qui est supérieur à la fatigue; à la fin, c'est la fatigue qui est plus grande que l'entraînement. Plus la phase d'entraînement est longue, mieux vaut le résultat. Sous l'influence de repos bien distribués, la fatigue disparaît, l'entraînement se conserve. Mais tout repos n'est pas réparateur : à la période d'entraînement, toute pause est défavorable ; on travaille mal quand on est souvent interrompu. Toutes ces recherches et tous ces résultats sont de la plus haute importance vu leur application possible au travail scolaire.

Ces expériences ont permis à Kræpelin d'établir une courbe empirique du travail intellectuel et du facteur auquel il est subordonné. C'est cette courbe que j'ai reproduite ici. En abscisse sont portés les temps, en ordonnée le nombre des opérations intellectuelles, additions dans le cas particulier effectuées. Les différentes courbes figurées sont celles du travail, de l'exercice, de la fatigue, de l'entrain, de l'habitude et de la volonté. La partie pointillée de la ligne pleine qui représente la courbe du travail répond au repos.

L'idéal serait d'arriver, par une analyse psychologique d'une finesse croissante, à décomposer en leurs éléments tous les facteurs intellectuels du travail, dont l'importance à côté des autres facteurs, entraînement ou fatigue, reste considérable.

L'entraînement varie avec la durée du travail. Il diminue sous l'influence des vacances, principalement des grandes vacances qu'il ne faut néanmoins pas raccourcir.

Vu l'utilité des repos, la durée des classes enfantines ne devrait pas dépasser une demi-heure. Dans les écoles primaires au moins, les classes devraient avoir lieu exclusivement le matin, le travail de l'après-midi étant plus fatigant. Comme, au dynamomètre, la force physique se montre supérieure après déjeuner, les après-midis seraient consacrés aux exercices physiques.

Dans la question du surmenage, il convient de mettre préalablement à part, comme nous l'avons fait, le malmenage dont l'étude revient aux médecins. Mais celle du surmenage, appartient aux psychologues.

M. *Paul Menzerath* (de l'Institut Solvay). — Je ne puis dissimuler la déception que j'ai éprouvée en entendant Mlle Yoteyko. Notre confrère ne nous a rien apporté de nouveau. Les travaux de Kræpelin, qui ne nous ont pas été exposés, du reste, d'une manière très satisfaisante, ont vieilli. Il eût importé ici de discuter surtout la valeur propre des différentes méthodes en présence. Cette question de méthodologie n'ayant même pas été abordée, toute discussion fructueuse est, par là, rendue impossible.

M. *Ch. Blondel* (de Paris). — En voyant Mlle Yoteyko fonder une partie de son rapport sur les recherches de Kræpelin comme sur des travaux d'une solidité scientifique indiscutable, je n'ai su me défendre d'un certain étonnement. Les expériences faites à Heidelberg me paraissent fortement sujettes à caution. Les besognes auxquelles étaient soumis les

sujets en expérience, pour étudier le travail intellectuel, supposent tout, excepté peut-être l'intervention de l'intelligence : c'est un grave défaut en pareil cas. Je ne vois pas comment on a pu, en ces recherches, éliminer le facteur individuel qui, dans les opérations intellectuelles, a une importance indéniable. Certains des facteurs, dont l'influence a été étudiée et même numériquement déterminée, sont à la fois d'une complexité et d'un vague extraordinaires : il m'est difficile, par exemple, de comprendre, de la volonté et de l'entrain, pourquoi on les distingue et comment précisément on les entend. Des facteurs aussi disparates que la fatigue et l'habitude ne sont pas, à première vue, susceptibles, avec une précision vraiment scientifique, d'une commune mesure. Il est, en revanche, une influence que je ne vois pas signalée ici et qui, en l'occurrence, n'a pas pu manquer de s'exercer, c'est celle de l'ennui. Il me serait, pour ma part, impossible de faire deux heures durant des additions de nombres d'un chiffre sans éprouver un incroyable dégoût intellectuel. Mais il y a plus : le tableau de Kræpelin, tel qu'il nous est présenté ici et tel qu'il nous a été expliqué, m'est complètement inintelligible. Quand sur la même feuille on inscrit à la fois, par exemple, le pouls, la température et l'excrétion urinaire, en abscisse on porte simplement les temps, mais en ordonnée, on porte à la fois le nombre de pulsations, les degrés de température, les quantités d'urine. Ici, à six courbes différentes, correspond une seule ordonnée. Ce qui fait que, au temps 10′, par exemple, la quantité de travail est exprimée par 475, celle d'exercice, par 445; celle de fatigue, par 360; celle d'entrain, par 425; celle d'habitude, par 420; celle de volonté, par 395, tous ces chiffres exprimant des unités de même nature. C'est à première vue et sauf explication complémentaire, exactement comme si on prétendait qu'à un même moment un même thermomètre peut donner six températures différentes. A supposer que ces six courbes soient autant de causes indépendantes, réunies sur un même tableau pour la commodité de la démonstration, il resterait à expliquer comment des quantités différentes sont susceptibles de commune mesure, puisque l'ordonnée est unique et comment, le nombre des additions étant mis en ordonnée, la quantité de travail au temps 10′ s'exprime par 475 additions et par 470 au temps 20′. Évidemment, toutes les explications nécessaires pour comprendre le tableau de Kræpelin ne nous ont pas été fournies.

M. *Dupré* (de Paris). — Quand, derrière la prétention des recherches et des déterminations numériques, dont Mlle Yoteyko vient de nous affirmer la haute portée scientifique, on cherche les résultats, on s'aperçoit qu'ils ne font que confirmer l'expérience courante. D'un mot, ces recherches aboutissent tout bonnement à démontrer laborieusement l'évidence. Elles ne nous apprennent donc rien, elles sont donc vaines et leur inanité les juge.

M. *Massaut* (de Lierneux). — Nos confrères viennent de porter sur les expériences de Kræpelin un jugement beaucoup trop défavorable. Ces expériences ont été faites dans les conditions d'objectivité les plus rigoureuses. Kræpelin exigait de tous ses sujets qu'ils se soumissent au même

régime de vie et aux mêmes conditions de travail. Avant toute expérience, les courbes individuelles étaient probablement déterminées. Une fois ces précautions prises, les sujets étaient mis sous l'influence du facteur que l'on voulait étudier : alcool, tabac, fatigue ou surmenage. C'est une méthode beaucoup plus scientifique qu'on ne vient de le dire.

M. *Ley* (de Bruxelles). — Les recherches de Kræpelin ont certainement une grande valeur scientifique. J'ai assisté et participé moi-même à de semblables expériences; loin d'y rencontrer de l'ennui, je puis affirmer que c'était bien, au contraire, une espèce d'enthousiasme qu'éprouvait le sujet en considération du but poursuivi. D'autre part, il n'y a pas lieu de s'étonner ici de l'intervention de déterminations numériques. Car on est en présence de phénomènes absolument précis; il n'y a donc rien de surprenant à ce qu'ils soient susceptibles de mesure.

M. *Dupré* (de Paris). — L'enthousiasme, dont vient de nous parler M. Ley, est bien anormal, quand il sagit de besognes aussi insignifiantes. C'est donc un facteur inattendu dont il aurait fallu tenir compte dans l'analyse des influences modificatrices du travail. Et c'est un facteur bien compliqué, d'autant qu'en pareille matière il faut toujours se méfier de la simulation qui contribue, en effet, chez les prédisposés, à créer des états mentaux factices dont l'intervention est de nature à fausser singulièrement les résultats.

M. *Massaut* (de Lierneux). — La simulation, en ce domaine, est relativement facile à déceler. Par exemple, la simulation d'erreurs dans le travail se reconnaît aisément : les erreurs volontaires ne se distribuent pas dans l'ensemble du travail suivant la même loi que les erreurs sincères.

Mlle *Yoteyko* (de Mons), rapporteur. — Mes contradicteurs trouveront ultérieurement dans mon rapport écrit les éclaircissements qu'ils réclament. Quant au tableau des courbes, je l'ai copié dans Kræpelin. La science ne fait de progrès qu'en introduisant dans le domaine qu'elle explore la mesure et la quantité. Connaître scientifiquement, c'est mesurer et donner des chiffres. Sinon, autant revenir à Aristote. La méthode psychologique que j'ai exposée a une grande valeur scientifique qu'elle a prouvée par ses résultats.

(*A suivre.*)

Le Gérant : G. Delarue.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

LES PAVILLONS DE TRAITEMENT DE L'ASILE D'AMIENS

En haut : le service d'admission des femmes ; en bas : l'institut médico-pédagogique

4e Année N° 11 25 Novembre 1909

L'INFORMATEUR

DES

ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

CHRONIQUE

Un établissement modèle : l'asile départemental de Dury-les-Amiens

(Inauguration d'un service rationnel de traitement.)

Le 27 octobre dernier, M. Mirman, l'éminent directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, au ministère de l'Intérieur, inaugurait, à Dury-les-Amiens, une série de constructions, conçues dans un esprit médical des plus louables.

En effet, le département de la Somme, qui possédait déjà un établissement classé parmi les plus heureusement compris et pour lequel, il y a moins de vingt ans, on a dépensé plus de 2 millions de francs, vient de consacrer encore près de 500 000 francs pour instituer de toutes pièces, à côté de l'asile réservé aux malades chroniques et aux convalescents, trois pavillons spéciaux pour le traitement des diverses catégories d'affections aiguës.

La création de ce second service procède d'une conception nouvelle que la société semble enfin se faire du rôle qui lui est dévolu en matière d'assistance psychiatrique.

On a fini par comprendre aujourd'hui que l'ancien asile, organisme de retranchement uniforme et définitif, ne suffit plus et qu'à côté de l'hospice et de la colonie qui conviennent aux malades réputés chroniques, il est nécessaire d'avoir un hôpital *de traitement*, où l'on puisse tenter d'améliorer et de guérir, les malades en proie à des troubles aigus, passagers, ou ceux qui n'ont pas encore fourni la preuve de leur incurabilité.

Or, c'est précisément pour ces derniers, hommes, femmes et enfants, que le département de la Somme a fait construire les bâtiments modèles qui viennent d'être inaugurés.

*
* *

M. Mirman a présidé la cérémonie traditionnelle avec son tact habi-

tuel et sa haute autorité, en présence d'une assistance aussi nombreuse que choisie, qui comprenait notamment le sympathique préfet de la Somme, M. Bouffard, entouré de tous les hauts fonctionnaires départementaux ; le Conseil général de la Somme, représenté par son président M. Rameau, et nombre de ses collègues ; les élus du département : MM. les sénateurs Cauvin et Fiquet, M. le député Jouancoux ; de nombreuses personnalités appartenant à la magistrature, au corps médical, à l'armée, etc.

Après les présentations faites au délégué du ministre, la visite des nouveaux bâtiments a commencé sous la direction de M. le docteur Charon, et de M. Boutmy, architecte départemental.

Trois pavillons ont été construits, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes, le troisième pour les enfants.

Chacun des pavillons comprend les organismes nécessaires à la pratique rationnelle de l'alitement, de la balnéation, etc., le tout est fort bien aménagé, sans luxe inutile, mais dans les conditions d'hygiène les plus grandes ; dans chaque salle, l'air et la lumière entrent par de grandes baies; autour de chaque pavillon, des jardins verdoyants ont été aménagés.

La visite commence par le pavillon des hommes, continue par celui des femmes, et se termine par celui des enfants.

De ce pavillon, M. Mirman, les autorités et les invités se rendent dans une salle contiguë, aménagée en salle des fêtes, et où, tout le personnel infirmier, hommes et femmes, est réuni. Sur l'estrade se détache d'un faisceau de drapeaux le buste de la République; partout, dans la salle, ont été disposées des fleurs et des plantes vertes.

Là un lunch est servi, mais tout d'abord M. Rameau, président du Conseil général, prend la parole en ces termes :

Le Conseil général de la Somme n'a jamais marchandé son concours lorsqu'il s'est agi de venir en aide aux malheureux et aux déshérités de la nature : il a élevé ce magnifique asile et son but incessant a été de le rendre de plus en plus propre à faire oublier à ceux qu'il renferme le naufrage de leur raison, à la leur rendre, s'il est possible, en leur donnant les soins médicaux nécessaires et en agissant sur leur moral par l'illusion de la liberté.

Mais l'assemblée départementale a pensé qu'elle n'avait pas fait assez et elle a, en 1905, décidé de compléter les services primitifs de l'asile par la construction de pavillons nouveaux destinés au traitement des nouveaux admis, des aliénés atteints de maladies contagieuses et des enfants dégénérés perfectibles.

Ce sont ces pavillons qu'elle a désiré voir inaugurer par un membre du gouvernement : M. le président du Conseil a bien voulu vous déléguer; nous vous en félicitons, Monsieur le Directeur; nous savons avec quel zèle et quel dévouement vous vous occupez de toutes les questions qui touchent à l'assistance et à l'hygiène publiques.

Vous venez de voir des installations que, certainement, il ne vous a pas été

donné de voir encore, permettez-moi de le dire avec un certain sentiment d'orgueil ; mais ce sentiment vous paraîtra très légitime lorsque vous saurez que les départements qui veulent actuellement élever de pareils asiles, envoient des députations pour visiter le nôtre, pour l'imiter ou tout au moins s'inspirer des améliorations que nous y avons faites, conformes aux sentiments d'humanité dont je parlais tout à l'heure, conformes aussi aux progrès de la science des maladies mentales.

L'hospitalisation des enfants idiots, imbéciles ou simplement arriérés sollicite depuis longtemps l'attention particulière des pouvoirs publics et des aliénistes ; de même l'opinion s'est généralisée et affirmée que les malades frappés de troubles cérébraux ne doivent être l'objet de mesures légalement restrictives qu'après une période d'observation et des soins d'urgence qui permettent de se prononcer avec prudence et sûreté sur la nécessité de ces mesures.

Ces raisons si justes sont celles qui ont déterminé le Conseil général à faire de nouvelles dépenses à l'asile départemental déjà si coûteux pour nos concitoyens : ce sont celles qui ont été présentées par M. le docteur Charon, notre savant directeur, l'administrateur vigilant et dévoué de notre asile.

C'est lui qui, à son arrivée dans le département, tant par les modifications de détail qu'il a apportées dans l'organisation de l'asile confié à ses soins, par la discipline et l'ordre qu'il a su y faire régner, que par un plan bien conçu, combiné avec les ressources dont il pouvait disposer et enfin par des économies sagement faites, a su obtenir les votes de l'assemblée départementale pour mener à bien la tâche qu'il s'était imposée.

Sans lui nous n'aurions certainement pas pu faire ce que nous avons fait : le Conseil général remercie le gouvernement de l'avoir envoyé dans notre département : notre assemblée a pleine confiance dans l'esprit scientifique et administratif du directeur de l'asile de Dury, le gouvernement peut avoir cette même confiance.

Aussi, au nom du Conseil général, au nom aussi de la Commission de surveillance, je tiens à remercier M. le docteur Charon de l'œuvre qu'il a accomplie.

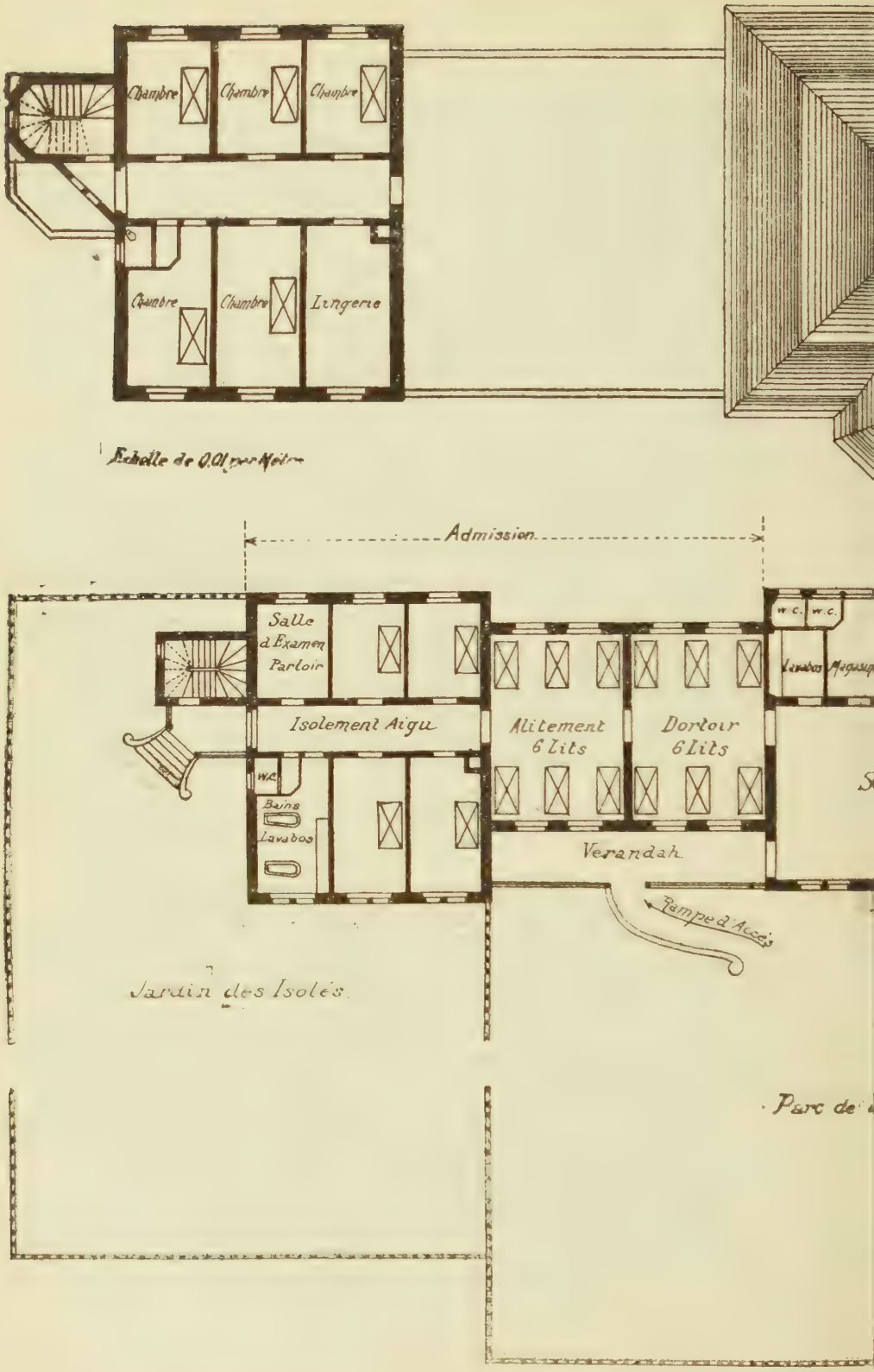
Et M. Rameau termine en félicitant le personnel de l'asile.

Les paroles du président du Conseil général sont accueillies par des applaudissements, puis M. le docteur Charon, directeur de l'asile de Dury, prononce l'allocution suivante :

Les questions qui touchent à l'assistance et au traitement des aliénés, prennent de jour en jour une place plus importante dans tous les milieux où l'on agit, où l'on pense et où l'on parle.

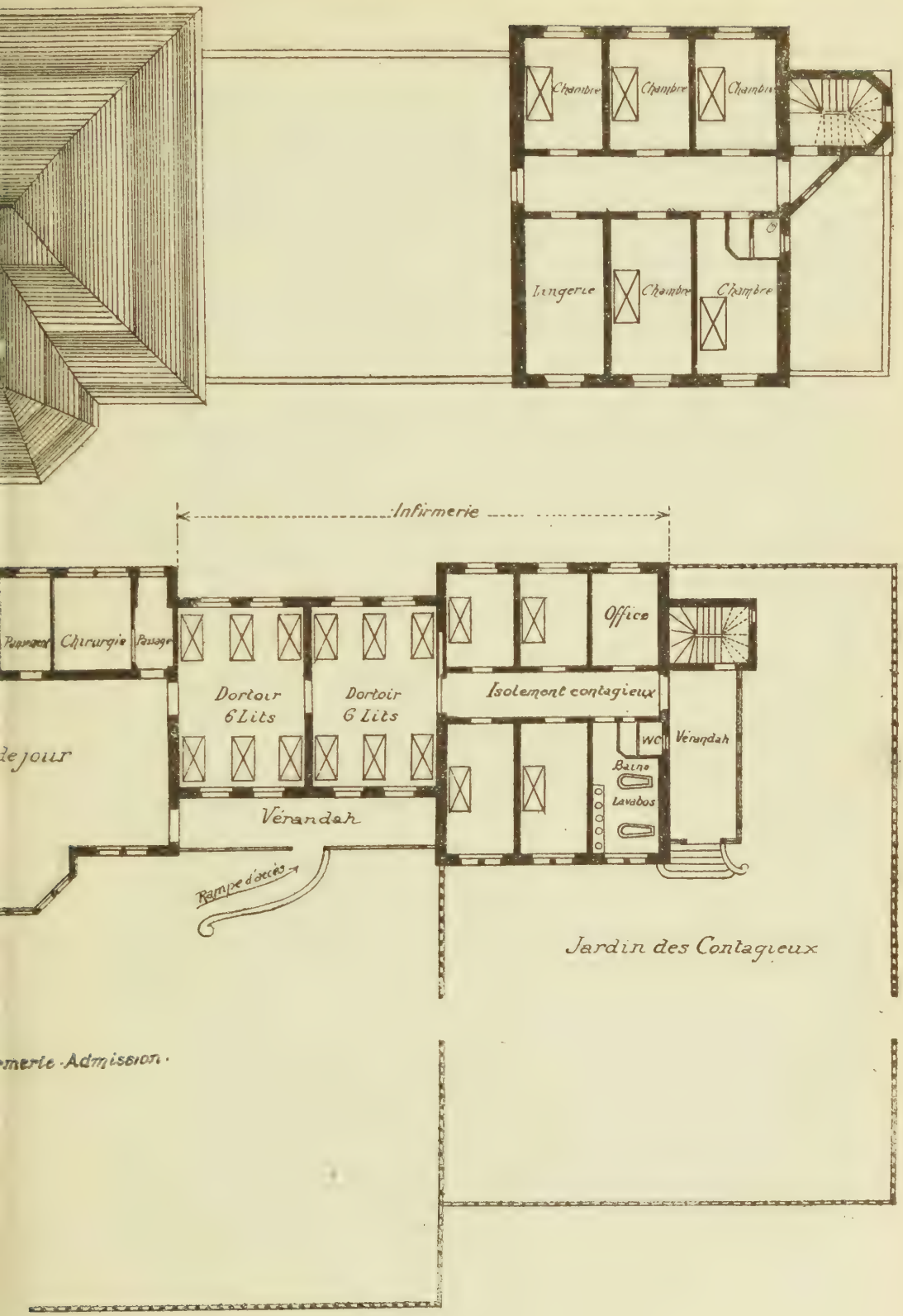
Les médecins, en appliquant de plus en plus à la psychiatrie les moyens et les méthodes scientifiques de la pathologie générale contemporaine, en se libérant des entraves de la casuistique philosophique, sont parvenus à éclairer et à assainir les curiosités populaires.

Statisticiens, sociologues et juristes les plus avertis, en explorant le terrain de la folie dans ses causes individuelles et collectives et dans ses rapports avec la criminalité, la misère et la déchéance humaines, ont mis à nu une plaie sociale dont toutes les classes comprennent et discutent la gravité.



PLAN DE L'INFIRMERIE-ADMISSION. — En haut de

L'ASILE DE DURY-LES-AMIENS



; plan du 1er étage; en bas, plan du rez-de-chaussée.

Armés de leurs enseignements, des critiques sévères ont entrepris le siège de nos institutions. Ils ont montré les insuffisances et les rigueurs d'un régime légal, qui paraissait n'avoir eu d'autre objet que la sauvegarde de la sécurité publique et qui, depuis bientôt trois quarts de siècle, ignorait les plus intéressants parmi ceux dont l'intelligence était frappée dans son origine ou dans son évolution; ils ont dévoilé les tares de nos méthodes d'assistance, l'indigence et l'encombrement de nos asiles, les lacunes de notre enseignement, la faiblesse de nos organisations de prophylaxie et de protection.

Quelques-uns, dans un but louable et dans la forme traditionnelle qui semble une sorte de chauvinisme à rebours, ont opposé, dans des descriptions mêlées d'enthousiasme et d'indignation, ce qu'il y avait de plus mal chez nous, à ce qu'ils avaient trouvé de meilleur à l'étranger.

Ils ont décrit par le menu les merveilleux organismes que les pays du Nord ont édifié dans ces derniers temps; montré la rigueur et la variété de leurs méthodes, la richesse de leurs résultats curatifs et, en particulier, la supériorité de ces constructions hospitalières, médicales dans leurs expressions, variées dans leurs dispositions, adaptées logiquement à leurs destinations différentes; ils ont mis en lumière l'importance des hôpitaux urbains, des asiles-villages, des colonies avec leurs applications méthodiques de la clinothérapie, de l'hydrothérapie, du non-restreint, de la porte ouverte, avec leur personnel médical nombreux et spécialisé; ils ont exposé le fonctionnement de cette assistance familiale, de ces sociétés de patronage, de ces écoles d'infirmières et de ces belles cliniques psychiatriques, dont l'enseignement rayonne sur le monde entier.

A ces critiques ardentes, les éclectiques ont bien opposé les erreurs et les inconvénients des systèmes dans une pratique qui ne doit avoir pour guide que l'espèce; ils ont fait ressortir que les méthodes qui nous revenaient de l'étranger avec le prestige de mots nouveaux, étaient toutes nées du geste de Pinel et avaient été, dès longtemps, appliquées par Esquirol et ses successeurs, mais il n'en restait pas moins acquis cette vérité, que nous avions été distancés par ceux dont nous avions été les initiateurs, et que nous avions beaucoup à faire pour regagner le temps perdu.

Ces révélations n'ont pas été inutiles. Les législateurs se sont repris à délibérer sur cette vieille question de la réfection de la loi de 1838, et leur œuvre consacre déjà deux principes, dont l'application *impérative* vaudrait, à elle seule, toute une réforme : la qualité intangible de malade attribuée à l'aliéné et la spécialisation dans les moyens d'assistance, assurés à toutes les catégories, aiguës et chroniques, vieillards et enfants, épileptiques, alcooliques, criminels.

De leur côté, les assemblées départementales ont entrepris l'amélioration et l'augmentation du nombre de leurs établissements hospitaliers. Chaque jour est marqué, dans chacun des grands mécanismes sociaux de notre pays, par un effort nouveau pour remédier aux dommages causés à l'individu et à la société, par les maladies mentales. L'éducation des arriérés scolaires, le redressement médico-pédagogique des anormaux plus gravement atteints, entrent dans la voie des réalisations. La justice et l'armée s'appliquent au triage méthodique des anomalies psychiques. L'enseignement pratique des maladies mentales s'organise peu à peu dans tous les centres de facultés et d'écoles.

Ce qui se dégage, en effet, de l'observation, c'est que, s'il n'y a pas, en psy-

chiatrie, de systèmes triomphants, il y a nombre de méthodes et de moyens de choix plus ou moins efficaces ; c'est que s'il n'y a pas un aliéné à type unique, il y a des formes, des degrés, des catégories multiples de maladies et d'infirmités psychiques, et, qu'à chacune d'elles, conviennent des instruments spéciaux de traitement, des organismes différents d'assistance, — étant entendu que ces maladies congénitales ou acquises, qui sont cérébrales dans leur siège, sont, comme toutes les autres maladies, évitables, curables ou améliorables. Et cette conception impose tout d'abord l'obligation, pour les aliénés, — comme pour tous les autres malades, — d'organisations hospitalières distinctes, les unes pour les affections aiguës et les infirmités redressables, les autres pour les affections chroniques et incurables.

Le département de la Somme, qui, dans toutes les œuvres d'éducation et d'assistance, avait déjà conquis une place à part, se devait d'être des premiers à réaliser ce programme nouveau. Il n'y a pas manqué. Il y a moins de vingt ans, il créait de toutes pièces un établissement qui méritait d'être classé parmi les meilleurs, et, en 1905, le Conseil général s'imposait de nouveaux sacrifices pour édifier, à côté de l'asile proprement dit réservé aux malades chroniques, un double hôpital pour les maladies aiguës des deux sexes et un service médico-pédagogique pour les enfants anormaux perfectibles, en vue de l'application d'une thérapeutique réellement individuelle, et de la poursuite des résultats curatifs les plus favorables.

Vous avez pu voir, Messieurs, les diverses parties de cette œuvre de transformation qui est achevée aujourd'hui et qui, demain, sera mise en action. Le directeur de l'asile de Dury est trop près d'elle et la part qu'il a prise dans sa réalisation vient d'être appréciée avec trop de bienveillance pour qu'il lui soit permis de la juger, mais il doit — et il est heureux de profiter de l'occasion qui lui en est offerte — exprimer ses remerciements et sa reconnaissance à tous ceux qui, au-dessus ou à côté de lui, ont travaillé à cette œuvre : mandataires généreux, chefs indulgents, collaborateurs dévoués, auxiliaires méritants. C'est un grand plaisir pour lui de remercier tout spécialement l'architecte distingué qui, avec une compétence éclairée et une conscience parfaite, avec des entrepreneurs et des ouvriers habiles, a su mener à bien le travail difficile qui lui avait été légué par un maître dont le nom reste attaché à l'histoire de notre maison et dont je salue ici la mémoire.

Quand un homme, sur un horizon limité mais précis, a poursuivi une idée, et que, grâce à la bonne volonté et à la sympathie de tous ceux qui pouvaient l'éclairer et l'aider, il a réussi à exprimer cette idée dans une forme durable, qui doit être un instrument de soulagement pour la plus grande misère qui soit, il doit s'estimer heureux. Messieurs, je vous remercie.

Quand les applaudissements qui accueillent ces paroles ont cessé, M. Mirman prend à son tour la parole.

M. Mirman se déclare tout d'abord heureux d'avoir été délégué pour représenter le gouvernement dans cette circonstance, et dit son plaisir à venir dans la Somme, un des départements qui s'occupent le plus des questions d'hygiène et d'assistance publique.

Il dit les raisons qui lui font estimer ce département : d'abord la question d'assistance aux familles nombreuses ; c'est un problème déli-

cat mais de toute urgence, que l'assemblée départementale étudie et qu'elle résoudra bientôt. C'est ensuite la question d'organisation des services d'hygiène ; la loi d'hygiène de 1902, explique-t-il, a été d'une application difficile ; il a fallu l'imposer à bon nombre de conseils généraux ; dans la Somme, au contraire, on a sommé le gouvernement de veiller à son application, et l'on a même organisé l'inspection départementale d'hygiène qui n'était pas obligatoire. M. Mirman sait qu'il peut compter sur M. le préfet Bouffard pour tenir une main prudente mais ferme à l'application de la loi de 1902.

Il parle alors du rôle de plus en plus important des assemblées départementales qui ont à s'occuper maintenant, d'une façon particulière, du service des aliénés, de l'assistance médicale gratuite, de l'assistance aux vieillards, de la protection des enfants du premier âge, etc. : le Conseil général de la Somme n'a pas reculé devant cette tâche, et M. Mirman en félicite son président, M. Rameau.

M. le directeur de l'Assistance publique expose ensuite les scrupules qui l'assaillirent quand il fut chargé du service des aliénés ; il craignait de découvrir, dans les asiles, des cas de séquestration arbitraire, et, désireux de les divulguer et, par suite, de mettre fin à ces abus, il se livra à de minutieuses enquêtes ; mais jamais, et nulle part, il ne trouva une preuve, ni même un commencement de preuve, que des individus normaux et sains, aient, par intérêt, été internés dans des asiles d'aliénés. Mais, pendant son enquête, il a fait diverses observations : par exemple, il a rencontré des malades qui auraient dû ou pu sortir, et que l'on gardait dans les asiles. Des vieillards, complètement guéris auraient dû sortir : on les gardait parce que, au dehors, ils n'auraient trouvé aucun secours ; depuis la loi d'assistance obligatoire, il n'en est plus ainsi, et les vieillards sont admis dans des hospices. Des adultes auraient pu sortir ; on les gardait cependant par pitié, parce que, dehors, ils n'auraient pu trouver à vivre, et il indique alors la nécessité de fonder des comités de patronage pour veiller sur les sujets qui guérissent à l'asile, et qui vont rentrer dans le tourbillon de la vie. C'est là une lacune que le gouvernement cherche à combler : il faut, pour cela, des dévouements discrets, de la bonne volonté, que l'on trouvera facilement.

Il y a enfin, dit M. Mirman, ceux qui sont restés aliénés parce qu'ils n'ont pas trouvé les soins matériels nécessaires, et leur nombre est grand !... Et cependant ce sont des Français qui ont donné à notre pays la gloire de jeter le premier cri de pitié, mais ce cri a surtout été entendu à l'étranger. En Allemagne, on compte un médecin pour 107 malades ; en France, dans le département de la Seine, il y a un médecin pour 240 malades ; mais, en province, dans bon nombre d'asiles, il n'y a qu'un médecin pour 450, 640 ou même 1 600 malades. Et, de plus, le personnel infirmier est des plus réduits.

Le Parlement s'est ému de cette situation. Des conseils généraux

pressentis, ont refusé les crédits nécessaires. Heureusement, il n'en est pas ainsi dans le département de la Somme, et ce qui existe à l'asile de Dury le prouve surabondamment.

M. Mirman ajoute qu'il faut enlever au public la crainte de l'asile d'aliénés, et félicite le Conseil général de la Somme d'avoir fait de l'asile de Dury un véritable hospice, où l'on ne craint pas de venir, où tous les soins sont donnés pour guérir les malades capables de guérison.

Il lève son verre à l'association de la science et du cœur, symbolisée par ce qui se passe à l'asile de Dury ; il boit au préfet de la Somme, au directeur et au personnel infirmier, et termine en disant que la République garde toutes ses sympathies pour les efforts faits dans le domaine de la solidarité sociale.

De longs applaudissements accueillent ce discours.

* * *

M. Mirman procède alors à la remise des récompenses de l'Assistance publique aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'argent de l'A. P. — M. le docteur Charon, dont M. Mirman fait l'éloge, et à qui il laisse espérer qu'une plus haute récompense sera bientôt accordée.

Médaille d'argent. — M. Bouffard, préfet de la Somme, que le gouvernement a voulu récompenser parce que, dit M. Mirman, M. Bouffard attache une importance spéciale aux questions d'hygiène, trouvant là une raison de faire mieux aimer la République.

Médaille de bronze de l'A. P. — Mlle Emma Deck, infirmière de l'asile de Dury (dix-huit ans de services), et M. Augustin Blanchart, infirmier, (seize ans de services).

Médaille de bronze. — M. Le Cun, vingt-neuf ans de services, secrétaire de la direction.

M. Charon remercie au nom du personnel et en son nom.

M. le préfet est tout heureux de l'agréable surprise que lui a faite le président du Conseil en lui décernant la médaille d'argent de l'Assistance publique. Il ajoute que la cérémonie de ce jour lui laissera un souvenir inoubliable, puis il porte la santé de M. Mirman, représentant du gouvernement.

M. Cauvin, le très distingué sénateur, au nom des parlementaires présents, et au nom du canton de Boves, dont Dury fait partie, boit à la santé de M. Mirman, dont il connaît toute la compétence et le dévouement à l'Assistance publique.

On applaudit, on choque les verres, et la cérémonie prend fin.

L. Bour.

INFORMATIONS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Stéphan Horoszkiewicz est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

Faculté allemande de médecine de Prague. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Alexandre Margulies, privatdocent de psychiatrie.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Johann Masurkiewicz est nommé privatdocent de psychiatrie.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement d'octobre 1909

M. le docteur Marchand est nommé médecin en chef de la maison nationale de Charenton, en remplacement de M. Ritti, admis à la retraite.

M. le docteur Privat de Fortunié, médecin adjoint à l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est agréé, en la même qualité, à la colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher).

M. le docteur Chardon, médecin en chef de l'asile d'Armentieres Nord, est promu à la classe exceptionnelle.

Distinctions honorifiques

Médaille d'argent de l'Assistance publique : MM. les docteurs Charon (d'Amiens); Ritti (de Charenton).

ENSEIGNEMENT

Clinique des maladies du système nerveux

M. le professeur Raymond a commencé le cours de clinique des maladies du système nerveux, le mardi 9 novembre 1909, à dix heures du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

Programme d'enseignement complémentaire : Pathologie du système nerveux : M. Henri Claude, agrégé ; séméiologie des maladies du système nerveux : MM. Baudouin et H. Français ; histologie normale et pathologique du système nerveux : M. Lhermitte ; psychologie clinique : M. Janet ; électrodiagnostic et électrothérapie : M. Huet ; examen du larynx : F. Munch ; examen des yeux : MM. Galezowski et Kœnig ; examen des oreilles : M. Gellé.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale

M. le professeur Gilbert Ballet a commencé le cours de clinique des maladies mentales et de l'encéphale, le dimanche 7 novembre 1909, à dix heures, à l'amphithéâtre de l'asile clinique (Sainte-Anne), et le continuera les mercredis et dimanches suivants à la même heure. Le mercredi : examen extemporané des malades et policlinique. Le dimanche : leçon clinique.

Cours théorique de psychiatrie : MM. René Charpentier et Delmas, chefs de clinique des maladies mentales, ont commencé ce cours à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, le lundi 8 novembre 1909, à neuf heures, et le continueront les lundis et jeudis suivants à la même heure.

Examens de malades et rédactions d'observations et de rapports : MM. René Charpentier et Delmas, chef de clinique, dirigeront ces exercices pratiques, qui se feront à la clinique des maladies mentales, les lundis et jeudis à neuf heures, et ont commencé le jeudi 11 novembre 1909, à la même heure.

M. G. Dumas, professeur à la Faculté des lettres, chef de laboratoire de psychologie expérimentale, dirigera les exercices pratiques de psychologie, les samedis à neuf heures et demie (laboratoire de psychologie).

Cours technique de psychologie appliquée à la clinique mentale par M. G. Dumas, le samedi à onze heures.

Cours théorique de psychiatrie médico-légale : M. Dupré, agrégé, commencera ce cours le lundi 1er février 1910, à dix heures un quart, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure.

NOUVELLES

Inauguration des nouveaux bâtiments du « National hospital » à Londres

Le jeudi 4 novembre, S. M. le Roi a inauguré les nouveaux bâtiments du grand hôpital pour les maladies nerveuses à Londres, le « National hospital for the paraliped and epilepties ». La construction de ces nouveaux bâtiments, qui comprennent tous les perfectionnements modernes, est due, dans une très large mesure, aux efforts de la duchesse d'Albany, belle-sœur du roi. Elle assistait à la cérémonie, ainsi qu'un grand nombre de personnalités politiques et scientifiques. Parmi ces dernières, signalons M. le professeur Raymond, qui représentait officiellement la Faculté et les hôpitaux de Paris, et auquel le roi a fait le plus gracieux accueil.

Académie de médecine

Élection d'un membre titulaire dans la VIII[e] section (hygiène publique, médecine légale et police médicale), en remplacement du docteur Motet.

Liste dressée par la section

En première ligne : M. Wurtz.
En deuxième ligne : M. Mosny.
En troisième ligne : M. Dupré.
En quatrième ligne et par ordre alphabétique. M. Lemoine. M. Thibierge. M. Vallon.

Nombre de votants.	76
Majorité.	39

Au premier tour de scrutin, M. Wurtz est élu par 68 voix.

Le nouvel académicien est professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux et membre du comité consultatif d'hygiène. C'est donc un hygiéniste qui remplace un représentant de la médecine légale des aliénés. Le fait s'explique par cette circonstance que, dans les diverses sections de l'Académie, les présentations se font suivant l'ordre établi lors de la précédente élection, quelle que soit la qualité du membre décédé à remplacer. Un hygiéniste peut ainsi succéder à un légiste et réciproquement.

Nous sommes heureux de voir sur la liste de présentation de la VIII[e] section les noms de deux membres du comité de rédaction de *l'Encéphale*, MM. Dupré et Vallon.

Asile public d'aliénés de Rodez

Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'asile d'aliénés de Rodez.

Avantages : traitement annuel de 800 francs. Logement, nourriture, éclairage, chauffage, blanchissage.

Conditions : nationalité française. Huit inscriptions.

Adresser les demandes au directeur-médecin de l'asile, avec un *certificat de scolarité et un certificat de bonne vie et mœurs*.

PSYCHO-PÉDAGOGIE

LES QUESTIONS PSYCHO-PÉDAGOGIQUES AU CONGRÈS DE MONS

(Suite et fin.)

La psychologie des aveugles

M. *Desagher* (de Gand). — J'espère qu'il ne sera pas sans intérêt pour vous d'avoir, sur les conditions psychologiques et morales de la vie des aveugles, des renseignements fournis par l'un d'eux.

La cécité a des conséquences psychiques : la dépendance permanente en laquelle vit l'aveugle le rend timide, impressionnable, susceptible, extraordinairement sensible aux procédés ; son affectivité s'hyperesthésie ; il ne perçoit le monde extérieur qu'à travers une brume de sentiments affectifs.

Sans doute, bien des joies sont refusées à l'aveugle ; mais les odeurs, les sons, la lecture, la conversation ont pour lui un charme intense ; la qualité des jouissances remplace la quantité. Personnellement, à comparer les inconvénients de la cécité et de la surdité, je crois la cécité préférable.

Il est plus nécessaire à l'aveugle qu'à tout autre d'avoir du caractère ; aussi l'éducation devra-t-elle veiller à le former. De même, il faudra, dès la première enfance, se préoccuper de développer l'attention des aveugles, de perfectionner les sens qui leur restent, particulièrement le sens des obstacles, qui s'acquiert par l'exercice, et le sens musculaire, dont l'importance est capitale dans l'orientation. L'aveugle vivant beaucoup par l'imagination, il conviendra de cultiver en lui cette faculté qui lui peut être d'une grande ressource.

Il faut être particulièrement bon pour les jeunes aveugles et les aider à forcer les portes de la vie. Il faut les recevoir dans des écoles spéciales où tout ne soit pas donné à un enseignement utilitaire ; car la science est pour l'esprit ce que le soleil est pour la nature. Il faut, dans les écoles, les assouplir aux exercices physiques et les habituer aux imprudences utiles. Le choix d'une profession est naturellement limité pour les aveugles. Il est une profession paramédicale, celle de masseur, qui leur convient très bien.

Il est déplorable de réunir aveugles et sourds-muets dans une même école. Les aveugles doivent être isolés. A la tête d'une institution d'aveugles, c'est un aveugle qu'il doit y avoir, car seul un aveugle est en mesure de se rendre compte pratiquement de ce qui est susceptible d'améliorer le sort des aveugles.

M. *Dupré* (de Paris). — A l'occasion de l'intéressante communication de M. Desagher, je me borne à signaler en quelques mots l'observation d'un vagabond d'une quarantaine d'années, aveugle depuis sa naissance, débile, vaniteux, un peu persécuté, qui a quitté sa famille à vingt-six ans, et s'est mis à courir le monde. (L'observation complète de ce malade sera publiée

dans un des prochains numéros de *l'Encéphale*.) Le seul point sur lequel je veux insister aujourd'hui est que l'état de vagabondage est réalisé chez ce sujet par l'association d'une hyperactivité confabulatrice et imaginative et d'un état d'impulsivité motrice

M. *Desagher*. — L'observation de M. Dupré est très intéressante. Le vagabondage d'imagination est propre à tous les aveugles ; tous affectionnent particulièrement les récits de voyage. L'hyperactivité imaginative du malade de M. Dupré lui est donc commune avec tous les aveugles; mais son impulsivité motrice, en s'exerçant, permet aux éléments de rêve de se réaliser. Là est l'originalité du cas.

M. *Decroly* (de Bruxelles). — Est-il bien nécessaire, dans l'interprétation de pareils faits, de faire intervenir un élément moteur? L'élément proprement psychique, l'hypertrophie de l'imagination, ne peut-il pas suffire à expliquer tous les actes du malade?

M. *Dupré*. — Il est indispensable de tenir compte de l'élément moteur. Au point de vue psychique, hommes et femmes sont, au moins, également prédisposés au vagabondage ; car l'activité mythomaniaque, pour des raisons psycho-sociales, semble plus considérable chez la femme. Or, d'une manière générale, la femme ne vagabonde pas. Son état moteur, en effet, ne se fait pas le complice de son état psychique. La femme est une véritable débile du train postérieur. Cette impotence fonctionnelle des membres inférieurs particulière à la femme est si nette qu'elle mérite d'être individualisée sous le nom de mérasthénie, de μηρός, cuisse, jambe, et ἀσθένεια, faiblesse, impuissance. L'existence de cette mérasthénie féminine et ses conséquences prouvent que l'élément moteur ne saurait être négligé dans l'étude du vagabondage.

M. *Crocq* (de Bruxelles). — Je ne puis m'associer à cette condamnation du train postérieur de la femme. Je ne prendrai pas mes exemples bien loin. Nous voyons en Belgique nos paysannes et nos pêcheuses faire des kilomètres à pied sous de lourds fardeaux, pour porter les denrées à la ville, sans manifester la moindre infériorité fonctionnelle.

M. *Antheaume*. — Avec le docteur Vurpas, j'ai été récemment amené à m'occuper de gymnastes des deux sexes. Les constatations que nous avons faites viennent à l'appui de l'opinion de M. Dupré sur la mérasthénie féminine. Tandis que le gymnaste homme garde sa valeur et sa vigueur jusqu'à la fin de la soixantaine, la gymnaste femme voit ses membres inférieurs lui refuser très promptement le même service.

M. *Dupré*. — Avec de l'entraînement, les femmes deviennent évidemment capables de travaux pénibles. Mais ce qu'une longue observation me permet d'affirmer, c'est que par toute sa vie la femme s'affirme comme une débile du train postérieur, et manifeste, en de multiples circonstances, cette impotence fonctionnelle, à laquelle me paraît pleinement convenir le terme de mérasthénie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de neurologie

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1909

Deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse. — M. *Etienne Brissaud* présente deux frères, pris, l'un à trente et un ans, l'autre à trente-six ans, de démarche ébrieuse avec exagération des réflexes du genou, du coude, du poignet et clonus du pied. La parole est sourde et monotone ; il y a une paralysie complète des droits externes des deux globes oculaires. Il s'agit d'une maladie familiale (grand-père maternel et père pris de la même façon) ; l'âge d'apparition est un peu tardif.

Affection cérébelleuse. — M. *Thomas* montre un malade qu'il considère comme atteint d'affection cérébelleuse. Ce malade présente, dans la station debout, des troubles de l'équilibration qui augmentent pendant la marche. Lorsqu'il veut s'arrêter, il a un moment d'hésitation. Ces troubles s'exagèrent quand le malade monte. Il n'y a pas de diminution de l'énergie musculaire, ni de troubles de la sensibilité profonde. Il n'est atteint ni de tabes ni de sclérose en plaques ; il a de la *dysmétrie*, il a, de plus, du tremblement kinétique et statique. La dysmétrie joue un rôle considérable dans la diadococinésie. Il est certain que le cervelet joue un rôle dans la mesure des mouvements.

M. *Babinski* fait remarquer que certains malades ont des altérations cérébelleuses sans présenter aucun symptôme.

M. *Pierre Marie*. — On rencontre souvent aux autopsies des ramollissements du cervelet qui n'ont donné lieu à aucun symptôme. Pour qu'il y ait des symptômes, il faut qu'il y ait des lésions de la substance blanche.

Polynévrite à début méningitique. — M. *Claude* présente un malade ayant des symptômes ressemblant à ceux de la polynévrite alcoolique sans aucun antécédent. Le point important est que le début de la polynévrite a eu lieu par un état subdélirant, des douleurs dans la colonne vertébrale, c'est-à-dire un syndrome méningé ; dans le liquide céphalo-rachidien, on constatait le syndrome de coagulation massive et la présence de globules rouges.

Trépanation cranienne décompressive dans un cas de tumeur cérébrale ; effets immédiats, hémiplégie et aphasie transitoires, et éloignés : amélioration durable. — M. *Souques* montre un malade âgé de trente-deux ans qui souffrait depuis trois ans de crises quotidiennes de céphalée, de vertiges, et, de temps en temps, de parésie passagère de la jambe droite. Un examen oculaire, fait en avril dernier, révéla l'existence d'une névrite optique double avec rétrécissement notable du champ visuel et diminution de l'acuité visuelle. Après un traitement mercuriel de vingt jours et

quelques ponctions lombaires qui restèrent sans effet, le malade voyant sa vue s'affaiblir progressivement et rapidement, se décida à la trépanation. Celle-ci fut faite le 5 juin. Elle ne fut que décompressive, car on ne trouva aucune tumeur visible. La guérison opératoire fut rapide ; il survint simplement, à la suite, une hémiplégie droite avec aphasie totale qui guérit en quelques semaines et dont il ne reste aujourd'hui aucune trace.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis six mois, la céphalée, les vertiges, la parésie crurale passagère ne sont jamais revenus. L'acuité visuelle est redevenue presque normale et la névrite optique s'est améliorée. Bref, les résultats ont été très favorables. L'avenir seul en dira l'étendue et la durée.

M. *Dejerine* demande si l'intelligence était parfaite au moment où l'aphasie s'est montrée.

M. *Souques* a observé que le malade comprenait par signes et n'avait aucun trouble intellectuel.

M. *Babinski* insiste sur la nécessité de l'intervention dans les tumeurs cérébrales quand les ponctions lombaires n'ont pas donné de résultat. Il cite l'observation d'un malade opéré depuis deux ans qui a été suffisamment amélioré pour avoir une existence supportable ; dans un second cas, opéré il y a un mois, le résultat a été remarquable, mais le malade n'a pas été suivi. Il faut avoir une certaine hardiesse pour intervenir ; mais l'on en tire en général un bénéfice.

M. *Dufour* demande si, dans le cas de M. Souques, il y avait des altérations de la paroi osseuse, comme il en a observé chez un malade opéré pour épilepsie jacksonnienne.

M. *Souques* insiste sur ce fait, qu'après incision de la dure-mère, on a observé un véritable aplatissement du cerveau.

Hémiplégie cérébrale infantile avec aphasie. — MM. *Decloux* et *Tinel*. — Il s'agit d'un enfant de neuf ans, pris au cours de la scarlatine d'accidents cérébraux graves, ils se traduisent par de l'obnubilation intellectuelle, des crises convulsives. Deux jours après, survint une hémiplégie flasque. Il y eut une otite à droite. L'enfant devint aphasique.

Actuellement, cinq mois après le début des accidents, il y a parésie du membre supérieur droit avec mouvements athétosiques, exagération des réflexes, contracture de la face à droite avec aphasie. Il y a aphasie motrice pure sans déficit intellectuel. Il s'agit vraisemblablement d'une thrombose vasculaire.

M. *Dejerine* insiste sur l'intérêt que présente ce malade comme type d'aphasie.

M. *Pierre Marie* fait remarquer la rareté des accidents d'aphasie chez l'enfant. A ce point de vue, chez cet enfant l'aphasie revêt le type de l'adulte.

Hémiplégie et hémianopsie transitoires, suites d'épilepsie symptomatique. — MM. *Klippel* et *Strœhlin* présentent une malade atteinte d'hémiplégie

gauche flasque avec hémianopsie, légère hémianesthésie gauche, il n'y a ni troubles des sphincters ni signe de Babinski. Ces symptômes ont apparu à la suite d'une attaque avec perte de connaissance et amnésie ; ils ont disparu en une semaine. D'autres attaques semblables ont apparu à la suite d'un violent traumatisme cranien accompagné de méningite.

Atrophie musculaire cervicale et main d'Aran Duchenne chez une tabétique. — M. *Pierre Merle.* — L'atrophie musculaire, localisée aux muscles du cou et de la nuque, présentée par la malade, a débuté il y a longtemps. L'atrophie des mains est survenue beaucoup plus tard. Ces symptômes sont accompagnés de symptômes tabétiformes. Il y a des troubles de la sensibilité en bandes radiculaires et de l'anesthésie thermique. Il s'agit vraisemblablement d'une altération de la substance grise de la colonne cervicale chez une tabétique.

Présentation d'images cinématographiques pouvant être examinées avec un appareil à main. — M. *Paul Sainton* présente des images cinématographiques sur papier au gélatino-bromure d'un malade atteint de tic, et qui peuvent être examinées à l'aide d'un appareil à main. Outre l'avantage que présente cet appareil au point de vue de la démonstration, il permet une décomposition précise des mouvements complexes que l'on ne peut obtenir par aucun autre procédé (les images étant prises au 1/18e de seconde).

Radiographie de la selle turcique. — MM. *Toupet* et *Infroit* présentent de belles radiographies de selle turcique normale et chez des acromégaliques. Ils montrent l'importance qu'il y a à faire passer le rayon normal au niveau du grand axe. Si on ne prend cette précaution, on peut avoir des variations de dimension du simple au double sur des radiographies de sujet normal.

Sclérodermie et dystrophie du membre inférieur gauche. — MM. *Chenet* et *Jumentié* montrent une petite malade de dix ans, atteinte de sclérodermie en bandes et en plaques, avec dystrophie considérable du membre inférieur gauche. Malgré l'absence de troubles sensitifs et un examen bactériologique négatif, ils discutent la possibilité d'incriminer une lèpre nerveuse.

Sclérodermie et maladie de Raynaud chez une femme de soixante-trois ans. — M. *Salin* présente une femme de soixante-trois ans, atteinte de sclérodermie et de troubles trophiques des extrémités. La maladie de Raynaud est ancienne, mais la sclérodermie est récente. La malade a des troubles de la parole et des signes qui indiquent une lésion pseudo-bulbaire. La pathogénie de la sclérodermie est discutable ; la malade n'a pas de syndrome polyglandulaire, elle n'est ni tuberculeuse, ni rhumatisante.

Abolition des réflexes pupillaires au cours d'un syndrome d'Erb, par MM. *T. Long* et *G. Andéoud.* — Observation d'une malade qui ne présenta d'abord pendant cinq mois qu'un affaiblissement progressif de la force musculaire, prédominant aux extrémités des membres, avec abolition des réflexes tendineux et des douleurs dans les membres inférieurs. La

malade eut ensuite de la paralysie de l'orbiculaire des paupières, de l'inégalité pupillaire, du myosis et, enfin, de l'immobilité pupillaire. La malade mourut avec une paralysie des muscles respiratoires. A l'autopsie, le système nerveux fut trouvé intact. Il s'agit donc d'un syndrome d'Erb avec symptômes rappelant certains phénomènes bulbaires du tabes.

Paralysie du membre supérieur d'origine tabétique. — M. *Foix* présente un malade ayant le type de paralysie que l'on rencontre dans le saturnisme et connu sous le nom de type antibrachial. Il n'y a chez le malade aucun antécédent saturnin et l'auteur pense qu'il faut rattacher la paralysie au tabes.

Paul SAINTON.

Société médico-psychologique

SÉANCE DU LUNDI 25 OCTOBRE 1909

Un cas de délire des négations par Cervantes : « le Licencié Vidreira », par M. *Trénel*. — Dans une de ses nouvelles intitulée le *Licencié Vidreira* (le licencié de verre), Cervantes raconte que ce licencié, à la suite d'une tentative d'empoisonnement, se crut changé en verre. Il guérit au bout de deux ans. Il est naturellement difficile de classer le cas. Mais il est intéressant d'analyser un fait bien observé et bien décrit.

Il s'agit là d'un délire de négation avec transformation de la personnalité physique. Il est à remarquer que le malade est dit avoir guéri, quoique de semblables faits évoluent surtout d'une façon chronique.

On raconte que le conte de Cervantes serait le cas du philosophe Gaspard de Barth.

Paranoïa et démence paranoïde. — M. *Séglas* présente l'observation d'une malade, atteinte de délire des persécutions systématisé, avec hallucinations, ayant évolué pendant quarante-quatre ans de la façon suivante : début insidieux que l'on peut fixer approximativement à l'année 1865 ; de 1865 à 1869, période d'interprétations délirantes simples ; de 1869 à 1879, le délire se précise avec l'apparition d'hallucinations de l'ouïe, d'abord de bruits, puis de paroles, suivies plus tard d'hallucinations des autres sens. En 1879, crise paroxystique ayant nécessité l'internement. Au bout de quatorze mois, courte rémission ; tentative de sortie ; réintégration au bout de dix semaines. De 1881 à 1897, période de systématisation du délire qui repose sur des interprétations délirantes et des hallucinations nombreuses, persistantes, intéressant tous les domaines sensoriels, mais prédominant du côté de l'ouïe (voix incessantes, écho de la pensée.) En 1892, apparition de voix intérieures, d'hallucinations verbo-motrices intermittentes. A partir de 1897, période de délire stéréotypé ; persistance des hallucinations, moins les voix intérieures qui disparaissent, personnification des persécuteurs ; apparition d'idées de richesses imaginaires (2 millions). Mort en avril 1909, par broncho-pneumonie, sans aucun signe de démence constatable.

M. Séglas, d'après la symptomatologie et l'évolution, range la malade parmi les délirants chroniques de Magnan : se reportant aux idées actuelles sur la délimitation de la paranoïa et de la démence paranoïde, cette dernière forme englobant le délire chronique de Magnan, il fait remarquer que la malade, qui jadis aurait été considérée comme un cas typique de paranoïa complète, ne trouverait plus place aujourd'hui dans le cadre de la paranoïa ; que, d'autre part, vu l'absence de démence après quarante-quatre ans de délire, il est bien difficile de la qualifier de démente paranoïde ; que le cas montre que, en fait, il n'y a pas de barrière entre ces deux formes et qu'il faut compter avec les cas intermédiaires. Il critique en terminant l'extension trop grande, à son avis, de la démence paranoïde dont les formes systématisées lui paraissent plus voisines de la paranoïa que de la démence précoce.

M. *Trénel* serait heureux que la communication de M. Séglas servit de point de départ à une série de discussions comparables à celles qui marquèrent l'époque héroïque de la Société médico-psychologique.

La présentation de formes cliniques caractéristiques et les essais de classification permettraient d'apporter un peu de clarté dans le désordre actuel de la nosographie où se classent contradictoirement, suivant les écoles : des paranoïas aiguës ou non, des paranoïas avec ou sans hallucinations, des paranoïas avec ou sans démence.

M. *Arnaud* pense comme M. Séglas, et contrairement à la doctrine de la démence précoce, qu'il existe des délires chroniques avec hallucinations évoluant sans démence. René Charpentier.

Réunion annuelle de la Société de neurologie et de la Société de psychiatrie

(de Paris)

La Société de neurologie et la Société de psychiatrie, se réuniront le jeudi 9 décembre, 12, rue de Seine, en deux séances plénières, l'une à 9 heures du matin, l'autre à 9 heures du soir.

La question à l'ordre du jour est la suivante : *Du rôle joué par l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychiatriques.*

LÉGISLATION ET ASSISTANCE

NOTE SUR LES DIFFICULTÉS DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE PSYCHIATRIQUE AUX COLONIES ET SUR LES LACUNES DE L'ORGANISATION ACTUELLE

PAR

H. REBOUL

Médecin-major de première classe, professeur de médecine légale à l'Ecole d'application du Pharo à Marseille.

ET

ROUSSY

Médecin-aide-major des troupes coloniales.

Si la psychiatrie doit avoir, dans l'organisation de notre armée nationale, la place qui lui revient et qu'elle est encore loin d'avoir, c'est surtout dans l'armée coloniale qu'il est urgent de prendre des mesures pour que les anormaux, les dégénérés, les nerveux, les demi-fous, les aliénés même, soient décelés, surveillés, traités et éliminés quand il y a lieu, sans attendre qu'un acte délictueux ait révélé leur état mental. De par le mode de recrutement, ils y sont, en effet, bien plus nombreux que dans l'armée métropolitaine; en outre, le genre de vie, la nature du service, le climat, le milieu favorisent aux colonies le développement des tares initiales.

Par un exemple choisi entre bien d'autres, nous voudrions essayer de montrer combien grandes sont les lacunes de l'organisation actuelle, et d'en déduire des propositions pratiques permettant de combler, au moins partiellement, les plus essentielles de ces lacunes.

Au mois de mars 1904, le soldat K..., de la légion étrangère, est inculpé d' « abandon de poste et voies de fait à main armée envers un supérieur pendant le service ». L'interrogatoire de cet homme et l'examen de son livret ayant fait connaître qu'il avait été traité dans différentes formations sanitaires de la colonie, le capitaine R..., docteur en droit, rapporteur près le premier conseil de guerre à Hanoï, dont l'attention avait été éveillée par les résultats des précédentes expertises, commet,

proprio motu, le docteur Reboul pour examiner l'état mental de K... au point de vue de la responsabilité.

L'examen et l'enquête exigèrent près de quatre mois, et voici, en résumé, les constatations multiples que l'expert fut amené à faire :

La mère de K..., ses deux frères et ses quatre sœurs seraient vivants, bien portants et n'ayant rien présenté de particulier au point de vue nerveux, affirmation qui ne peut être contrôlée. Le père serait mort gâteux, après une longue maladie, qui, d'après les renseignements répétés sans variation à plusieurs mois de distance, paraît avoir été la paralysie générale.

Antécédents personnels. — K... est âgé de vingt-neuf ans; il appartient à une famille d'un rang social assez élevé. Dès son jeune âge, il est d'un caractère violent, instable, sans suite dans les idées, irrégulier dans ses études; il travaille telle matière qu'il aime, tandis qu'il est nul pour les autres. Brusquement, il interrompt son instruction à la classe de seconde, à la suite d'un désaccord insignifiant avec son professeur et aucune instance ne peut le ramener. « Il a toujours fait, avoue-t-il, le désespoir de sa famille. » Altération des sentiments affectifs, impulsions, troubles de la volonté.

A dix-huit ans, il s'engage à la légion, passe caporal et, malgré ses bizarreries de caractère, fait ses cinq ans de service en Algérie sans encourir de punition grave (1893-98); il passe même des années entières sans en avoir aucune.

A vingt-trois ans, libéré du service, il entre dans l'administration métropolitaine des ponts et chaussées, où il reste deux ans; aucune observation sur cette période. Puis l'amour du changement le pousse, sans autre motif, à s'expatrier et, en 1900, il entre dans les cadres des douanes et régies de l'Indo-Chine.

Jusqu'à cette époque, il dit n'avoir jamais eu de crises nerveuses, mais il avoue la phobie de l'espace; le vide lui fait peur; le séjour en un lieu étroit et fermé lui donne de l'angoisse, des étouffements; pendant la traversée, il ne peut pas regarder la mer sans avoir envie de s'y jeter.

Dès son arrivée en Indo-Chine, commence une histoire pathologique des plus touffues, car elle ne comporte pas moins de onze entrées dans divers établissements hospitaliers en moins de deux ans.

Envoyé en Annam, dès le début, il a des difficultés avec ses chefs; sa correspondance est d'une violence peu ordinaire et marque un déséquilibre mental à tel point que l'administration le fait diriger, le 27 septembre 1900, sur l'hôpital de Saïgon, où il entre pour « troubles nerveux, lypémanie, plaies ulcérées des pieds, conjonctivite. » Pendant ce séjour, il contracte la dysenterie et sort, le 4 novembre, mal guéri. Sa feuille de clinique ne fait aucune mention des troubles nerveux qui semblent donc n'avoir pas tenu le premier plan. A peine sorti, il contracte la

syphilis dans la première quinzaine de novembre; il cache son affection et ne suit aucun traitement.

2e, 3e, 4e et 5e entrées. — Du 2 décembre 1900 au 15 juillet 1901, il fait quatre nouvelles entrées à l'hôpital, toujours pour rectite ou dysenterie, et en sort, chaque fois, après un court séjour, *non guéri, sur sa demande.*

Sur ces entrefaites, K... a contracté, au mois d'avril, l'habitude de fumer l'opium, sur le conseil d'un camarade, et « pour se remonter, dit-il, car il ne se soutenait que comme ça ». Après avoir fumé pendant huit mois, il aurait complètement cessé (?) en décembre 1901.

En service au Tonkin, le 11 juin 1902, il est pris en route, au cours d'une tournée, d'une crise épileptiforme. On le conduit, le 12, à l'ambulance de Phu-lang-thuong (6e entrée), où une deuxième crise est observée quelques jours après. Évacué sur l'hôpital de Quang-Yen, le 18 juillet 1901 (7e entrée), avec le diagnostic « encéphalopathie spécifique et crises épileptiformes ». A Quand-Yen, on constate : céphalées violentes, vertiges, troubles de la vision, nuits très agitées. Traitement par injections de cyanure de mercure. A plusieurs crises d'excitation avec angoisse; tabagisme avoué. L'exeat mentionne : « Présente encore des phobies, surtout celle de l'eau. A presque cessé de fumer. État général bon. »

8e entrée. — En septembre pour chancres du prépuce, à l'ambulance de Haïphong qui l'évacue, le 17 du même mois, sur l'hôpital de Quang-Yen, où il entre cette fois comme indigent (9e entrée). L'administration des douanes lui ayant fait savoir l'imminence de sa révocation, il a démissionné avant d'être licencié. Son observation clinique mentionne à plusieurs reprises, mais sans détails, l'intervention, la nuit, du médecin de garde, et des prescriptions d'urgence, ce qui fait supposer des crises. Le 12 novembre, il est encore exeat sur sa demande.

10e entrée. — Probablement à Hanoï et dans la deuxième quinzaine de novembre, aucun renseignement n'ayant pu être retrouvé. Sans emploi, sans ressources, il est embarqué pour être rapatrié le 10 ou 12 décembre 1902.

11e entrée. — A Saïgon, le 20 décembre 1902. Passager sur le *Colombo*, en route pour la France, il descend à l'escale. Pendant la nuit, la police l'apporte à l'hôpital, où il est admis d'urgence, en état de crise. Présenté au conseil de santé, il est rapatrié par le vapeur suivant, le 31 janvier 1903, pour être dirigé sur l'asile Saint-Pierre à Marseille. Son billet porte la mention : « Malade tranquille, a eu une période d'agitation; a la phobie de l'eau, peut être laissé libre, mais en le surveillant; vient de subir un traitement antisyphilitique. »

A l'arrivée à Marseille, K..., qui n'est plus lié au service, s'évade et court s'engager à la légion étrangère (mars 1903). Quelques mois plus tard, il retourne au Tonkin, comme soldat cette fois, et est envoyé en garnison à Viétri. Ce n'est pas un mauvais soldat, mais, au dire de tous,

il est sombre, taciturne, inquiet, peu sociable. On ignore tout de ses antécédents.

Le 6 janvier 1904, il encourt une punition. Le 13 janvier, il quitte la chambre illégalement et ne rentre qu'à onze heures du soir, sans képi, sans baïonnette. Le 14, au réveil, stupeur, amnésie complète; on ne peut tirer de lui que quelques paroles incohérentes. Il est puni de quinze jours de prison pour absence illégale. Cependant, le 20 janvier, l'autorité militaire, dont l'attention a été éveillée par l'état de K..., prescrit une enquête avec examen médical. Il entre dans ce but à l'infirmerie le 24 et en sort le 31, après une période d'observation de sept jours seulement. Le médecin ne connaît aucun des antécédents de K..., comme commis des douanes [1]; son examen sommaire conclut : « N'a rien présenté de particulier au point de vue mental. » Il a cependant des idées de persécutions très nettes avec des idées de suicide plus ou moins dissimulées, symptômes que la courte durée de l'observation a fait méconnaître.

Le 23 février, peu de jours après sa sortie de prison, K... étant de garde, quitte son poste et monte dans sa chambre. Un caporal, avec qui il était en mauvaise intelligence depuis l'Algérie, l'y rejoint et lui intime l'ordre de descendre. K... refuse, s'entête et n'obéit pas; il a l'air égaré. Le caporal appelle la garde. A la vue de la force armée, K... saisit sa baïonnette et tente de se suicider, mais l'arme passe entre son corps et son bras : il est facilement désarmé.

L'examen direct révèle des signes évidents, surtout psychiques, de dégénérescence. Après quatre mois d'observation, le rapport conclut : « Épilepsie s'étant manifestée par des crises et des vertiges chez un dégénéré. Irresponsabilité complète au moment de l'acte délictueux, commis en état de vertige épileptique. État mental aggravé par différentes intoxications, caractérisé par de l'hypocondrie avec tendance aux idées persécutrices, mais amélioré par le traitement, au cours de la période d'observation et ne motivant pas actuellement l'internement. Réforme n° 2. »

En parcourant ce long dossier, on est frappé par les faits suivants :

1° Le premier séjour de K... en Indo-Chine n'est qu'une suite de migrations d'une formation sanitaire à une autre, mais sans aucune liaison des observations cliniques et du traitement. On ne sait du passé pathologique que ce que le malade lui-même veut bien en dire, et c'est surtout ce qui a trait aux troubles mentaux qu'il cachera avec soin. Même quand ces troubles mentaux sont mentionnés sur le billet d'entrée, ils passent au second plan et ne peuvent qu'être observés superficiellement, dans l'ignorance des antécédents;

2° La funeste sortie « sur sa demande », non seulement empêche la

1. K... ayant donné son vrai nom en s'engageant à la légion, ces renseignements auraient pu être obtenus avec l'organisation que nous préconisons.

guérison complète de l'affection aiguë, mais encore rend impossible toute observation suffisante de l'état mental;

3° Par suite, l'expertise ne comporte aucune conclusion; elle n'est pas faite et le malade sort sans que son administration soit fixée sur son état;

4° Quand cette expertise a été ordonnée, la période d'observation fut trop courte pour justifier les conclusions formulées. Un examen plus prolongé eût probablement évité l'acte délictueux;

5° Un malade dirigé sur un asile d'aliénés de France a pu, au débarquement, s'évader et s'engager dans la légion.

Est-il possible de corriger, dans une certaine mesure, les défauts d'organisation qui entraînent de pareilles conséquences? Nous pensons qu'il y a lieu, en tout cas, de s'en préoccuper et qu'on pourrait formuler ainsi les desiderata essentiels immédiatement applicables :

1° Tout malade qui entre dans une formation hospitalière pour troubles mentaux devra faire l'objet d'une expertise complète dont les conclusions seront envoyées en copie, sous le timbre « confidentiel », à la direction du service de santé de la colonie, qui centralisera ces renseignements;

2° Chaque médecin chef d'établissement où entrera un malade pour être soumis à l'observation, au point de vue mental, sera tenu de s'informer, auprès de la direction, s'il n'existe pas de dossier relatif à ce malade et ayant trait à une expertise antérieure;

3° En transmettant leurs conclusions, les médecins seront toujours tenus de rendre compte de la durée de la période d'observation au directeur qui s'assurera ainsi qu'elle a été assez prolongée;

4° Les aliénés évacués d'une colonie sur un asile de la métropole, même quand ils sont ou paraissent tranquilles, doivent toujours être accompagnés, et rester jusqu'au moment de leur internement sous la responsabilité du service de santé à qui l'asile en donnera décharge. Les évasions resteront possibles si le transfert continue à incomber aux autorités militaires ou administrations du port de débarquement qui ne connaissent rien au malade;

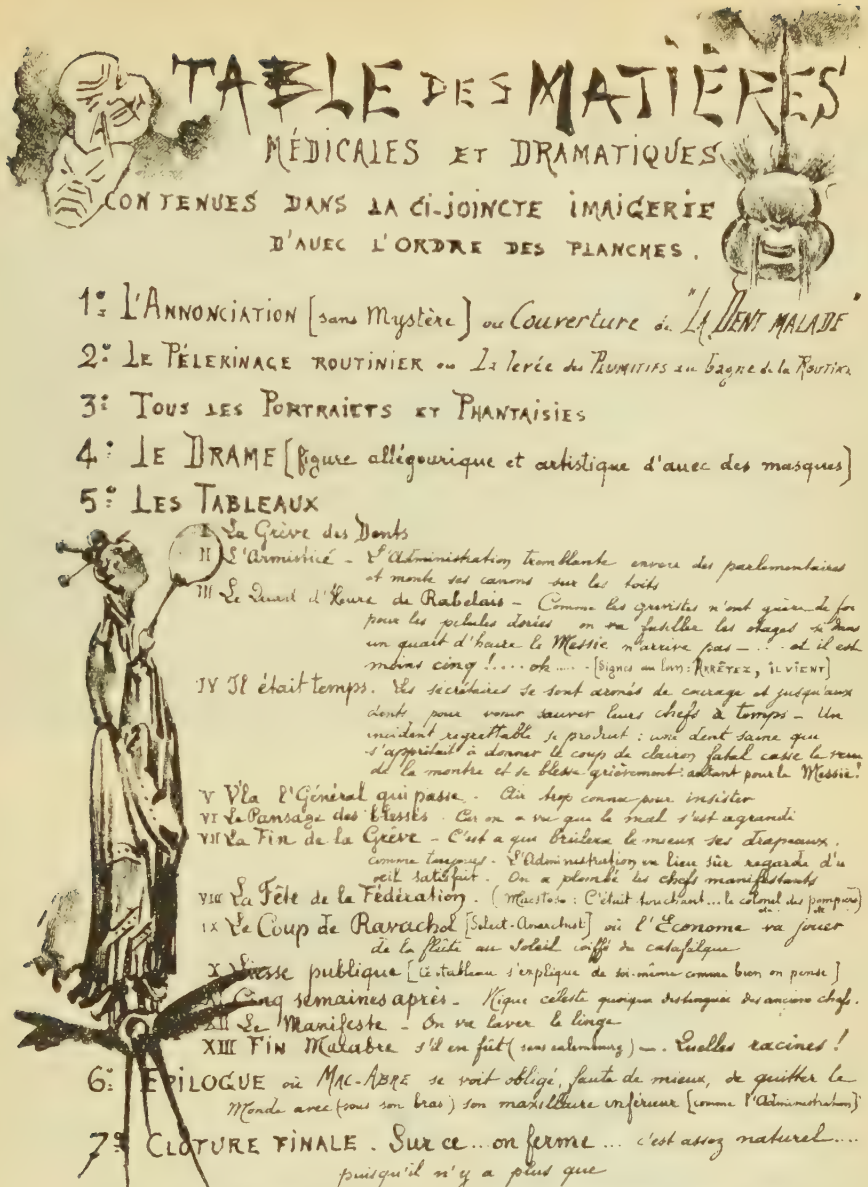
5° Une liste des médecins qualifiés pour être experts près des conseils de guerre coloniaux et tribunaux civils sera dressée par le directeur général de la santé et communiquée au parquet qui y choisira les experts dans chaque colonie.

6° En attendant qu'il y ait, au moins dans les grandes colonies, des médecins aliénistes spécialisés comme en France, il est urgent de donner aux médecins des troupes coloniales un enseignement de psychiatrie aussi étendu que possible, tant à l'école de Bordeaux qu'à l'école d'application de Marseille, et de favoriser, pour certains d'entre eux, une spécialisation plus complète.

Le Gérant : G. DELARUE.

Imprimerie de J. Dumoulin, à Paris.

DE L'ART CHEZ LES ALIÉNÉS[1]



1. Suite de la publication des dessins de la collection du docteur Keraval.

Avis. — *Cette table des matières fantaisiste — œuvre de l'auteur de la planche ci-jointe — n'est répétée ici que pour l'intelligence des dessins. Cette feuille peut être supprimée au moment de la reliure. les différentes planches de cette collection devant être détachées de chaque numéro de* l'Informateur *et placées les unes à la suite des autres dans le numéro de janvier 1909, pages 30-31.*

SÉRIE DE DESSINS SATIRIQUES DUS A UN JEUNE SUJET ATTEINT DE PSYCHOSE DÉPRESSIVE
Collection du Dr KERAVAL

L'ART CHEZ LES ALIÉNÉS

SÉRIE DE DESSINS SATIRIQUES DUS A UN JEUNE SUJET ATTEINT DE PSYCHOSE DÉPRESSIVE

Collection du Dr KERAVAL

LE PROFESSEUR CABRED

(de Buenos-Ayres)

MORT DU PROFESSEUR BRISSAUD

C'est avec une douloureuse surprise que nous avons appris, au moment où *l'Informateur* allait paraître, la mort imprévue — et combien prématurée ! — du professeur Brissaud.

La science neuro-psychiatrique française déjà si durement éprouvée, l'an dernier, par la disparition soudaine de l'excellent Joffroy, perd encore cette année, en la personne de Brissaud, l'un de ses représentants les plus autorisés. Ce brillant élève de la Salpêtrière, ce disciple aimé du grand Charcot, devenu à son tour l'un des maîtres les plus écoutés de la neuro-biologie contemporaine, succombe dans la plénitude du talent et du succès, au moment où il avait quelque chance de jouir du labeur accompli et où l'Académie de médecine venait de lui ouvrir ses portes.

Avec Brissaud disparaît l'un des meilleurs « cerveaux » de notre temps, l'un des maîtres les plus appréciés des élèves de la Faculté de Paris.

En attendant que *l'Encéphale* rende à la mémoire du savant le légitime hommage qui convient, nous prions sa famille de vouloir bien agréer l'expression émue de nos sincères regrets et de nos respectueuses condoléances.

A. A.

L'INFORMATEUR
DES
ALIÉNISTES ET DES NEUROLOGISTES

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur G. Roasenda est nommé privatdocent de neurologie.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Giuseppe Montesano est nommé privatdocent de psychiatrie.

Ohio Miammi medical college de Cincinnati. — M. le docteur Shaler, Berry est nommé lecteur de médecine légale.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Maximilian Richter, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Vienne, est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

Ministère de l'Intérieur

Mouvement de novembre 1909

M. le docteur Levassort (Joseph), médecin adjoint à l'asile public d'aliénés d'Alençon (Orne), est nommé médecin adjoint faisant fonctions de médecin en chef de l'asile de Bon-Sauveur, à Caen (Calvados) (poste créé).

M. Thourel (Henri), directeur administratif de l'asile de Vaucluse, est nommé directeur de classe exceptionnelle.

ENSEIGNEMENT

Hospice de Bicêtre

Les mardi, jeudi et samedi, à dix heures du matin, examen de malades et conférences cliniques sur les maladies mentales des adultes et des enfants, dans le service de M. le docteur J. Roubinovitch.

Hôpital de la Pitié

Tous les mercredis de l'année, sauf pendant les vacances de Pâques et pendant les mois d'août et septembre, de neuf heures quarante-

cinq à onze heures quarante-cinq, examen de malades et conférence clinique sur les maladies du système nerveux, dans le service de M. le docteur Babinski.

De plus, pendant les mois de mai, juin et juillet, tous les samedis à dix heures un quart, leçon clinique dans le grand amphithéâtre de l'hôpital.

M. Babinski insiste surtout dans son enseignement sur la séméiologie et la méthode qu'il faut suivre dans l'examen des malades.

École de psychologie

MM. les docteurs Bérillon et Paul Farez ont repris, le jeudi 25 novembre, à onze heures du matin, leurs leçons de clinique psychothérapie, avec présentation de malades, à l'École de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts ; ils les continueront le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

NOUVELLES

Le prochain concours d'adjuvat des asiles publics d'aliénés

De divers côtés, on nous demande quand aura lieu le prochain concours d'adjuvat; si nos informations sont exactes, ce concours, qui a lieu habituellement au début du mois de février aura lieu un ou deux mois plus tard.

Concours de médecin aliéniste des quartiers d'hospice de la Seine

(Bicêtre et la Salpêtrière)

Ce concours vient de se terminer par la nomination du docteur Camus, médecin adjoint de l'Asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Académie de Médecine

Élection. — Dans sa séance du 7 décembre, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique et médecine légale, vacante par suite de la mort de M. Besnier.

La commission avait classé les candidats dans l'ordre suivant et porté:

En première ligne, M. Mosny, médecin des hôpitaux; en deuxième ligne, M. Dupré, médecin des hôpitaux; en troisième ligne, par ordre alphabétique, MM. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux; Lemoine, professeur au Val-de-Grâce; Thibierge, médecin des hôpitaux; Vallon, médecin à Sainte-Anne.

Le nombre des votants s'élevait à 78.

Au premier tour de scrutin, M. Mosny a été déclaré élu à la grande majorité des suffrages.

M. Mosny est médecin des hôpitaux et membre du conseil supérieur d'hygiène et membre de la Société de médecine légale de France.

Il est l'auteur de nombreux et remarquables travaux ayant trait à la plupart des grandes questions de pathologie interne, notamment à la tuberculose pulmonaire, et aux grands problèmes de l'hygiène et de l'épidémiologie.

* * *

Prix de l'Académie. — Dans sa séance solennelle du mardi, 14 décembre, l'Académie a distribué les prix suivants :

Prix Barbier (*2 000 francs*). — Mention honorable aux docteurs Lallemant (de Rouen) et Antony Rodiet (de Dun-sur-Auron).

Prix Civrieux (*800 francs*). — Le prix est décerné à M. Tinel, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Henri Lorquet (*300 francs*). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Benon (de Paris) et Froissart (de Pierrefeu).

Prix Théodore Herpin (*3000 francs*). — Le prix est attribué aux docteurs Lejonne et Lhermitte (de Paris), une mention honorable au docteur Paul Camus (de Paris).

* * *

Présentation d'ouvrage. — Le professeur Debove a présenté, à ses collègues de l'Académie, le volume sur *les Maladies mentales dans l'armée française*[1] qui a été récemment publié par les docteurs Antheaume et Roger Mignot.

A la Société de médecine légale de France

C'est avec plaisir que nous enregistrons la récente élection de notre éminent ami le docteur Vallon, à la présidence de la Société de médecine légale de France. Il est à noter que le docteur Vallon est le premier médecin d'asile à qui cette marque de haute estime ait été conférée; les aliénistes qui ont occupé jusqu'ici le fauteuil de la présidence à la Société de médecine légale ont été antérieurement Falret et Motet.

Le bureau de la Société de médecine légale est ainsi composé pour l'année en cours : président, le docteur Vallon; vice-présidents, le professeur Thoinot et Dubost conseiller à la Cour de cassation; secrétaire général, Constant, avocat à la cour d'appel; trésorier, le docteur Lebrun; secrétaires, les docteurs Briand et Granjux.

La méningite cérébro-spinale à Montpellier et à Vannes

Une épidémie de méningite cérébro-spinale s'est déclarée au 81e d'infanterie, à Montpellier.

1. A. Antheaume et Roger Mignot. *Les Maladies mentales dans l'armée française, in Bibliothèque moderne des sciences médicales.* 1 volume élégamment cartonné. Prix : 4 francs. Delarue, éditeur, Paris.

On signale, en outre, plusieurs cas de méningite cérébro-spinale au 35e d'artillerie, à Vannes.

La lutte contre la méningite cérébro-spinale

M. H. Chéron, sous-secrétaire d'État à la Marine, vient d'adresser aux vice-amiraux, préfets maritimes, officiers généraux supérieurs et autres commandants à la mer, une instruction relative à la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale.

Les indications données dans cette instruction ont été adoptées par le conseil supérieur d'hygiène navale et d'épidémiologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Antonio Ripamonti, privatdocent de neurologie à l'École supérieure de médecine de Florence.

COMMUNIQUÉS

Conférences d'internat

M. le docteur R. Benon, interne de la clinique des maladies mentales, fera sa première conférence préparatoire à l'internat en médecine dans les asiles de la Seine, le lundi 10 janvier 1910, à Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Réunion annuelle de la Société de neurologie et de la Société de psychiatrie

(de Paris)

La première réunion annuelle de la Société de neurologie et de la Société de psychiatrie de Paris a été des plus réussies; elle a eu lieu les jeudi 8, 16 décembre et 23 décembre.

La question inscrite à l'ordre du jour : *Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques*, a été l'objet de très intéressantes discussions.

Nos lecteurs trouveront prochainement, dans *l'Encéphale*, aux actes de la Société de psychiatrie, le compte rendu *officiel* de ces importantes assises scientifiques.

Société de neurologie

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1909

Signe d'Argyll-Robertson unilatéral avec coexistence du même côté d'un syndrome oculosympathique incomplet. — MM. *de Lapersonne* et *Cantonnet* présentent une femme de trente ans, ayant à l'œil gauche les deux phénomènes suivants : 1° d'une part, un signe d'Argyll-Robertson, qui n'existe pas à l'autre œil, d'autre part un syndrome oculo-sympathique incomplet (ptosis léger, énophtalmie, hémiatrophie de la face). L'inégalité pupillaire résultant du signe d'Argyll fut constatée pendant la convalescence d'une maladie pyrétique survenue à l'âge de onze ans. La réaction de Wassermann et la ponction lombaire sont négatives, de sorte qu'il paraît difficile de mettre en cause la syphilis. Les troubles oculo-sympathiques sont sous la dépendance d'une adénopathie cervicale profonde, comprimant le sympathique gauche ; elle dépend d'une tuberculose pulmonaire en évolution.

Une lésion unique ne peut expliquer les deux ordres de symptômes oculaires : y a-t-il un lien entre eux ou ne s'agit-il que d'une coïncidence.

M. *Ballet* a vu plusieurs fois le signe d'Argyll-Robertson unilatéral dans la paralysie générale.

M. *Babinski* l'a également observé plusieurs fois.

M. *Dejerine* a vu le signe d'Argyll-Robertson unilatéral dans la syringomyélie.

M. *Rochon-Duvignaud* a constaté dans le tabes le signe d'Argyll très net d'un côté, et, de l'autre côté, des réactions paresseuses de la pupille. Dans le zona ophtalmique, le même fait a été observé ; il se demande si la maladie infectieuse existant dans les antécédents de la malade est bien un érysipèle.

Sur l'absence fréquente de la contracture permanente dans l'hémiplégie infantile. — M. *Long*, en étudiant trente-six cas d'hémiplégie infantile, a constaté, le plus souvent, une absence d'hypertonie musculaire du côté paralysé. Il présente plusieurs exemples de cette forme clinique qui a été déjà signalée autrefois, en particulier par Gibotteau, P. Marie, Sachs, Freud et Rie, puis laissée dans l'oubli.

Il rappelle aussi que, dans l'hémiplégie infantile, les suppléances se font dans une plus large mesure que chez l'adulte. Les mouvements dits choréo-athétosiques, quand on les analyse, ne paraissent pas être des phénomènes surajoutés, mais l'expression d'une transmission inexacte et insuffisante des incitations volontaires. Quant à la contracture, elle peut apparaître ou faire défaut, mais il y a encore trop peu de documents anatomo-cliniques sur ce sujet pour qu'on puisse dire si elle est le résultat d'un processus irritatif agissant sur un point quelconque des voies motrices, ou si elle relève d'une localisation particulière des lésions des centres nerveux.

M. *Meige* pense que chez ces malades les contractures se produisent

surtout à l'occasion des mouvements volontaires ; chez certains, ces contractures ont une tendance très nette à disparaître.

M. *Babinski* remarque que chez un des malades présentés, le signe de la pronation est très net.

M. *Raymond* fait une distinction entre les mouvements involontaires spontanés et les mouvements athétosiques.

M. *Ballet* accepte la distinction faite par Raymond. Il insiste sur ce fait qu'à l'occasion des mouvements, les malades ont des contractures très particulières.

M. *Raymond*. — Il faut appeler athétosiformes, les mouvements se produisant à l'occasion des mouvements volontaires.

Hémispasme du membre supérieur. — MM. *Ballet* et *Kahn* présentent une malade ayant fait une chute à l'âge de six ans, à la suite de laquelle survint une immobilisation du membre en extension ; à l'âge de quinze ans, le bras se contractura en flexion et la malade est atteinte de mouvements qui font que le bras se détend comme un ressort ; la malade, pour empêcher ces mouvements, tient avec l'autre main son bras appliqué sur le thorax, ou elle l'applique derrière le dos. Ce cas est à rapprocher d'un cas antérieur, présenté par M. Babinski. Il s'agit peut-être d'une lésion corticale.

M. *Ballet* insiste sur ce fait que la malade lui fut présentée comme un cas de contracture hystérique.

M. *Dejerine* pense que, dans les faits de ce genre qui rentrent dans l'athétose, il y a une lésion plus irritative que destructive.

M. *Long*, dans un cas analogue observé à la suite d'un traumatisme, a trouvé une production kystique entre le crâne et le cerveau.

M. *Raymond* insiste sur la progressivité revêtue par les accidents dans des cas de ce genre.

M. *Meige* a observé un cas de maladie de Little qui s'est amélioré au point de vue de la contracture, mais celle-ci est remplacée par des mouvements athétosiformes qui vont en progressant.

Un cas de tumeur cérébrale avec intervention. — MM. *Babinski* et *de Martel* présentent un malade atteint de tumeur cérébrale. Il est aussi atteint d'exophtalmie, de déformation de la face, conséquence de polypes naso-pharyngiens ; il existe également un néoplasme de la cuisse droite. Les symptômes cérébraux ont consisté en douleurs de tête intenses, en stase papillaire sans trouble de l'acuité visuelle. La radiographie montra une saillie osseuse dans la région pariétale. L'intervention consista dans l'ablation d'un néoplasme énorme. Depuis, les douleurs de tête ont disparu ; la stase papillaire a cependant persisté. L'auteur insiste sur la tolérance énorme du cerveau pour de telles tumeurs.

Pseudo-tumeurs cérébrales. — MM. *Raymond*, *H. Français* et *Merle* présentent deux malades chez lesquelles une méningite séreuse avec hypertension intra-crânienne s'est manifestée par des symptômes capables de

faire admettre l'existence d'une tumeur cérébrale. Dans les deux cas, le début a été rapide. Il y a eu de la céphalée, des vomissements, de la torpeur intellectuelle, un état général grave, de la stase papillaire bilatérale. La perte de la vision s'est produite une quinzaine de jours après le début des accidents. La durée de l'affection a été d'environ dix-huit mois. Ces femmes, revenues à la santé depuis plusieurs années, présentent actuellement une cécité à peu près complète, seul reliquat de l'affection ancienne. Les auteurs insistent sur ce fait que l'apparition des troubles de la vision a été très précoce, et c'est là un élément qui, ajouté aux résultats possibles de la ponction lombaire, peut servir à différencier les tumeurs cérébrales des méningites séreuses.

M. *Rochon-Duvignaud* met en relief l'importance de la rapidité de la disparition de la vision ; il s'agit de phénomènes infectieux. Dans ces cas, il y a souvent des troubles de l'olfaction.

L'astéréognosie spasmodique juvénile. — MM. *Georges Guillain* et *Guy Laroche* présentent un jeune homme de dix-neuf ans dont l'affection a débuté, il y a une année, par quelques fourmillements dans les extrémités. Aujourd'hui, chez ce malade, on constate de l'*astéréognosie complète* des deux mains, sans troubles de la sensibilité superficielle, mais avec troubles de la sensibilité profonde musculaire et osseuse. Cette astéréognosie bilatérale ne s'accompagne pas d'atrophie musculaire, coexiste avec une exagération considérable des réflexes tendineux, clonus de la rotule, signe de Babinski bilatéral.

Cet ensemble de symptômes ne paraît rentrer dans aucun cadre connu des affections du système nerveux ; il semble s'agir d'une maladie spéciale de développement pour laquelle les auteurs proposent le nom d'astéréognosie spasmodique juvénile.

M. *Dupré* demande si le malade a de la syncinésie.

M. *Dejerine* pense que les troubles de la sensibilité, quoique légers, existent chez ces malades. Il demande s'il est capable de distinguer au toucher les étoffes entre elles.

M. *Claude*, dans un cas de sclérose en plaques avec astéréognosie, a observé, comme dans le cas de Guillain, la conservation de la sensibilité superficielle coexistant avec des troubles de la sensibilité profonde. Il y avait impossibilité de distinguer diverses étoffes.

M. *Souques* a observé un cas analogue au point de vue de l'astéréognosie.

M. *Dufour* demande que l'on fasse la rééducation du malade ; chez une femme, il a observé d'un côté des troubles existant depuis l'enfance.

M. *Guillain* insiste sur ce point que le malade, cultivateur, n'a cessé son métier que parce qu'il ne pouvait plus travailler.

Paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial. — MM. *Sézary, Chenet* et *Jumentié* présentent un malade atteint de paralysie radiculaire infé-

rieure du plexus brachial, qui s'est produite dans un mouvement d'élévation du bras, probablement par tiraillement.

Myopathie à début tardif. — MM. *Sézary*, *Chenet* et *Jumentié* présentent un malade atteint de myopathie des membres supérieurs, chez lequel la maladie héréditaire n'est apparue qu'à soixante ans. Chez son père, la date d'apparition avait aussi été très tardive.

Syndrome thalamique. — M. *Pierre Merle* présente une malade atteinte de syndrome thalamique.

Dans ce cas, le syndrome est caractérisé par une hémiplégie légère droite, des douleurs extrêmement marquées du même côté et des troubles de sensibilité très accentués à droite ; il existe aussi de l'hémiatonie aux membres supérieur et inférieur droit. Le syndrome s'est constitué à la suite de trois ictus, sans perte de connaissance (caractère assez inhabituel) ; il s'accompagne d'hémianopsie homonyme droite en cadran inférieur. De plus, depuis le dernier ictus, il existe des troubles sensitifs bilatéraux, mais plus marqués à droite. Ces troubles paraissent être d'origine centrale, ils ont persisté depuis six mois sans modification sensible. Il existe aussi des troubles légers de la parole. On peut éliminer l'hystérie d'une part, l'aphasie de l'autre. Un certain nombre de caractères signalés ne sont cependant pas habituels aux crises des syndromes de la couche optique.

D'un nouveau signe d'hémiplégie organique, par V. *Néri* de Naples. — Ce signe consiste en ceci : le malade étant debout, les jambes écartées et les bras croisés sur la poitrine, si on lui fait fléchir le tronc sur le bassin, en lui disant de tenir les jambes droites, on observe qu'à un certain moment, lorsque le tronc a presque atteint la ligne horizontale, la jambe du côté paralysé fléchit d'un certain degré tandis que la jambe saine reste raide.

Une seconde manière de constater le phénomène est celle-ci :

Le malade étant dans le décubitus dorsal, si on lui soulève passivement et alternativement les deux jambes comme pour provoquer le phénomène de Lasègue, on observe que, du côté sain, on peut soulever la jambe jusqu'à environ 70 ou 75°, tandis que dans le côté malade la jambe fléchit entre 40 et 50°. Ce phénomène est probablement dû à une hypertonie des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, hypertonie qui semble s'établir dès les premiers temps de l'hémiplégie, car l'auteur l'a observée même dans des cas de coma.

La névrite optique des tumeurs cérébrales est-elle déterminée par l'hypertension ou par l'intoxication ? — M. *Souques*. — Il est généralement impossible de répondre péremptoirement à cette question parce que les deux facteurs, mécanique et toxique, coexistent dans les cas de tumeur cérébrale.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas favorable, un anévrisme de la sylvienne, ayant produit tous les symptômes d'une tumeur, y com-

pris une amaurose absolue avec névrite optique qui avait duré quarante ans. Il présente à la Société l'anévrisme et les nerfs optiques. Ceux-ci sont extrêmement atrophiés et entièrement dégénérés. L'espace situé entre le nerf et la gaine est extrêmement dilaté.

Dans ce cas, l'intoxication n'est évidemment pas en cause, et la pathogénie de la névrite optique dépend incontestablement de la seule hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Autopsie d'un mal de Pott ancien avec gibbosité et paraplégie guérie. — M. *Alquier* présente les pièces d'un malade dont l'histoire est la suivante:

A la suite d'une chute, puis d'une pleurésie, survenues à vingt-neuf ans, la malade présenta un mal de Pott dorso-lombaire, pour lequel elle fut maintenue dans le décubitus de vingt-neuf à trente et un ans, puis elle resta quelque temps sans pouvoir se servir de ses jambes. Admise à trente-deux ans à la Salpêtrière, elle recommença bientôt à marcher, et put être employée à la lingerie. Dans les dernières années de sa vie, on ne constatait plus qu'une forte gibbosité dorso-lombaire, sans aucun trouble nerveux : elle ne souffrait pas du tout depuis l'âge de quarante-huit ans. La mort eut lieu à soixante-douze ans. Toute la colonne dorso-lombaire fut réséquée, et fixée par le formol ; puis, fendue dans le sens antéro-postérieur, pour en extraire la moelle, qui se trouva ainsi fixée *in situ*. Il existe une forte gibbosité anguleuse, due à l'effondrement des corps des trois dernières vertèbres dorsales, et de la 1re lombaire, que la radiographie montre soudés ensemble sur leur moitié antérieure, la postérieure étant occupée par un foyer tuberculeux en voie de guérison, avec de nombreuses esquilles osseuses, formant, au niveau de la XIIe dorsale, une saillie anguleuse dans le canal rachidien, dont le diamètre antéro-postérieur est, à ce niveau, de 2 centimètres. En regard des lésions osseuses, s'étale, sur la dure-mère, une mince couche de fongosités, englobant légèrement les racines. La moelle, très au large dans le canal osseux, ne semble élongée en aucune façon, mais sa face antérieure présente, à hauteur des esquilles saillantes, un sillon transversal, avec léger renflement au-dessus. Il y a donc eu compression légère par les lésions osseuses, mais elle n'a pas entravé la guérison des troubles nerveux. L'examen histologique sera publié ultérieurement.

Paul Sainton.

Société médico-psychologique

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1909

Sur la question des délires d'origine périphérique. — M. Picqué revient à nouveau sur cette question ; il répond successivement aux diverses objections qui lui ont été faites antérieurement. Il insiste spécialement sur les lésions périphériques d'origine infectieuse.

Pour M. Vigouroux, il ne s'agit que du délire infectieux et, en ce cas, ces lésions ne sauraient rentrer dans le délire d'origine infectieuse.

M. Picqué pense que les divergences qui existent à cet égard tiennent à ce qu'on comprend de façon différente le délire infectieux et qu'on confond à tort l'infection aiguë et clinique.

La dénomination de délire infectieux doit être réservée à une variété clinique spéciale dans laquelle le délire représente un élément secondaire dans le syndrome de la septicémie générale. Le délire y est inconstant, transitoire, et disparaît avec la maladie qui lui a servi de substraction. Dans le délire d'origine périphérique qui a pour base une infection chimique, la septicémie qui l'a accompagné au début a disparu.

Elle a pu même ne jamais exister. Le délire est permanent et conduit le malade à l'asile.

La lésion qui lui a donné naissance siège bien dans un organe périphérique La suppression de l'organe infecté entraîne rapidement la disparition de délire qui parfois remonte à plusieurs années.

Pourquoi, dès lors, imposer un sens restrictif au terme délire périphérique et ne pas englober dans la même catégorie les délires qui amènent de simples troubles de la cénesthésie comme dans le cas de déplacement d'organes et ceux qui produisent la confusion mentale?

M. Picqué répond ensuite à M. Arnaud.

Il rappelle qu'il a pris le terme état mélancolique dans son acception la plus large, qu'il n'a pas eu la pensée de le limiter aux réactions affectives et de l'humeur et que les malades qu'il a observés présentaient des formules délirantes variables.

Il rappelle que les opinions qu'il a émises ont déjà été défendues par divers auteurs en France et à l'étranger, auteurs qui admettent la subordination de certains délires à des lésions périphériques.

De nombreux faits ont été publiés.

Ceux de M. Picqué n'en diffèrent que parce qu'ils affectent une nouvelle preuve : la guérison simultanée par la chirurgie de la lésion et du délire.

M. Arnaud pense que le terrain suffit à la guérison du délire.

Or, les éléments de la personnalité à l'état normal sont aujourd'hui recherchés à la périphérie et non plus dans les centres.

Ce sont les impressions extérieures qui constituent la matière première de notre vie mentale.

Simple hypothèse, en vérité, mais qui explique, du moins, les variations continuelles et les modifications de caractère selon les tonalités diverses de l'état physiologique.

Les troubles périphériques ne sont-ils pas susceptibles de créer au malade une personnalité pathologique, en provoquant l'apparition d'habitudes mentales nouvelles, sous l'influence de surexcitations anormales qui viennent se refléter dans les centres cénesthésiques?

Il est, d'autre part, des lésions qui sont susceptibles de produire des altérations cellulaires bien établies aujourd'hui.

Les partisans de la dégénérescence font, à cet égard, des concessions importantes au terrain hypocondriaque ainsi créé; on amplifie on amène à la conception des interprétations hypocondriaques d'affections organiques.

M. Picqué réserve aujourd'hui cette question qu'il a discutée ailleurs, et termine en disant qu'à côté de la doctrine pathologique des lésions primaires qui, de l'aveu même de ceux qui la défendent, ne repose en rien que sur des hypothèses, il y a peut-être placé pour une doctrine mixte basée sur la physiologie ainsi que sur les données fournies par l'hématologie et l'anatomie pathologique.

Sur la nécessité d'une méthode d'examen des arriérés militaires

MM. *Binet* et *Simon*. — Une méthode destinée à atteindre ce but doit remplir deux conditions, éviter la possibilité de la simulation et être d'une application rapide.

Le choix des textes applicables à des conscrits est subordonné à la notion du niveau intellectuel nécessaire pour être soldat.

Les auteurs rappellent les expériences qu'ils ont faites à ce sujet au Val-de-Grâce. La première étape de cette étude consiste dans l'élimination des sujets qu'on peut considérer comme normaux et qu'il serait inutile de soumettre à l'examen. Cette démarcation peut se faire aussitôt, parmi les conscrits, par la notion d'une capacité scolaire ou professionnelle élevee (bacheliers, étudiants, ouvriers d'art, etc.) La seconde étape consiste dans l'application de procédés efficaces pour dépister et reconnaître les arriérés, et cela, dès l'entrée, au lieu d'attendre que les autorités militaires les signalent, après un certain temps de service, à l'attention des médecins.

M. *Briand* craint que la méthode proposée par MM. Binet et Simon puisse laisser passer bien des incapables, des individus malfaisants et inadaptables à la vie commune. Il y a des dégénérés qui sont bacheliers et inaptes au service militaire. Il cite, par contre, le cas d'un imbécile parfait qui fut le meilleur soldat de sa compagnie.

M. *Pactet* relate plusieurs exemples d'imbéciles, de débiles et même d'idiots qu'il eut à examiner comme expert, lors de son passage en Algérie. Il y a, dans les pénitenciers, beaucoup d'arriérés, dont les autorités ne se rendent pas compte; il serait donc utile de donner aux médecins militaires un procédé pratique de dépistage à l'entrée.

M. *Roubinovitch* rappelle que M. Simonin a montré l'insuffisance de la méthode des tests, même pour établir le diagnostic d'arriération mentale simple. Si elle peut rendre des services, elle doit en tout cas être complétée par l'étude des antécédents du sujet et encadrée par l'examen médical. Or, tout ceci ne peut se faire en quelques minutes. Certains arriérés ont besoin d'être observés longtemps; leur étude doit avoir la

même valeur et, par conséquent, présente les mêmes difficultés qu'une expertise médico-légale.

M. *Simon*. — Notre procédé ne vise pas tous les anormaux, tous les dégénérés, mais seulement les arriérés. Il ne peut avoir la prétention de remplacer un examen médical complet. Nous ne voulons que dépister seulement ceux chez qui un niveau intellectuel bas doit faire soupçonner des tares graves et qu'il sera nécessaire de trier pour une étude plus complète. Ce n'est qu'une méthode de séparation rapide, elle ne peut prétendre à donner le diagnostic d'un cérébral.

M. *Legrain* montre l'utilité d'une instruction psychiatrique pour les médecins militaires. Il cite le cas d'un inverti sexuel des plus nets qui fut méconnu et même rallié par des médecins de l'armée.

M. *de Clérambault* indique l'intérêt de l'expertise médicale, non seulement pour l'entrée au corps, mais pour la répartition des sujets dans les différents services. Il cite le cas d'un débile phobique qui, ne pouvant monter à cheval, dut être, sur son conseil, déplacé de la cavalerie dans l'infanterie où il fit un bon soldat.

M. *Vallon*. — Au lieu d'exiger de tous les médecins militaires une instruction psychiatrique étendue, ce qui paraît impossible, il serait plus juste d'avoir au moins un psychiatre par corps d'armée

P. CAMUS.

Société clinique de médecine mentale

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1909

Un cas de tabes spasmodique familial. — M. *Vigouroux* présente un malade âgé de trente ans chez lequel a évolué, depuis l'âge de quinze ans, une paraplégie spasmodique. Il n'a jamais eu et n'a pas encore de troubles de la sensibilité subjective et objective, ni aucun trouble des sphincters. Dans son hérédité, on trouve la consanguinité des parents (le père a épousé sa nièce) et l'existence de paraplégie chez un oncle et une tante du côté maternel.

Le diagnostic de paraplégie spasmodique familiale, type Strumpell, Dejerine et Sottas s'impose.

Sécrétion lactée permanente depuis la puberté chez une jeune maniaque. — M. *Leroy* présente une jeune fille de vingt-trois ans, entrée dans les asiles pour un accès de manie, qui offre la singulière particularité d'avoir du lait dans les seins depuis l'âge de dix ans, époque de la puberté. Elle est Algérienne, israélite, issue d'une famille tarée au point de vue cérébral : son père a eu des troubles intellectuels passagers et sa mère est une grande hystérique.

Cette jeune fille n'a que de légers stigmates de dégénérescence (front bas, ongles rongés) ; sa santé physique est parfaite. Les seins sont bien conformés, sauf l'absence de mamelon, ce qui élimine l'hypothèse de

succion habituelle. La quantité de lait, toujours très appréciable, varie peu ; elle est plus abondante au moment des règles. Ce lait est blanc, crémeux, coagulable, absolument comparable au lait normal. On peut en recueillir une cuillerée à café à chaque sein.

La malade est bien réglée ; elle n'a jamais eu d'enfant, et n'offre rien de particulier au point de vue génital.

Paralysie générale juvénile. — M. *Pactet* présente un jeune malade de dix-neuf ans, chez qui l'on constate le syndrome paralytique avec des phénomènes de paraplégie spasmodique. Ces cas ont débuté à l'âge de quatorze ans.

A la séance de mai dernier, les opinions avaient été assez partagées sur le point de savoir s'il s'agissait,dans ce cas,de démence précoce ou de paralysie générale.

Bien que la ponction lombaire eût donné un résultat négatif au point de vue de l'existence de la lymphocytose, certaines particularités de l'état mental semblaient à M. Pactet devoir faire incliner le diagnostic vers la paralysie générale, et l'évolution clinique ne fait que le confirmer dans cette opinion.

Descendance des paralytiques généraux. — M. *Trénel* présente une mère paralytique et sa fille. La mère, âgée de quarante et un ans, est paralytique depuis deux ans. Forme démentielle.

La fille, âgée de vingt-deux ans, a l'idée obsédante du suicide depuis sa puberté (réglée à treize ans). Aurait eu trois attaques convulsives de nature indéterminée il y a quelques mois. Vers cette époque, elle se montre singulière dans son allure et fait deux tentatives de suicide graves. Depuis son entrée à l'asile, août 1909, elle présente un état anxieux avec idées de suicide, hallucinations de l'ouïe, idées mystiques, attitude hostile envers son entourage. Son attitude et ses propos ont une teinte comitiale, sans qu'on ait constaté ni vertiges, ni attaques.

Le cas est difficilement classable et n'est donné que comme document clinique à la question de la descendance des paralytiques encore si controversée. Parmi les collatéraux, il y aurait des épileptiques.

M. *Pactet* fait remarquer que la présentation de M. Trénel soulève la question si controversée de la descendance des sujets atteints de paralysie générale.

Quelle que soit l'importance du rôle que l'on attribue à la syphilis dans le développement de la paralysie générale, il lui semble bien difficile d'admettre, comme quelques-uns le font aujourd'hui, que les enfants nés avant la contamination syphilitique des parents, soient à l'abri de toutes tares nerveuses ou mentales.

Cette conception, d'ailleurs, n'est pas en accord avec les lois de la pathologie générale. En effet, si la syphilis exerce chez certains malades son action sur le système nerveux, de préférence, il est de toute évidence que cette détermination spéciale a été favorisée par une vulnérabilité par-

ticulière de ce système, et, dès lors, il est prudent de ne pas proclamer sans réserves, l'immunité nerveuse des descendants.

Six cas d'encéphalite traumatique. — MM. *Marie* de Villejuif et *Davidenkow* présentent six pièces provenant de sujets atteints d'encéphalite traumatique.

Cinq cerveaux sur six offrirent des foyers d'encéphalite superficielle dans l'hémisphère droit et au voisinage de la région temporale.

Trois sur quatre de ces malades morts paralytiques généraux étaient en outre syphilitiques avérés, un douteux présentait la réaction de Wassermann.

Deux autres malades sans réaction de ce genre ont été trouvés à l'autopsie, l'un avec les lésions ultérieures de la sénilité (foyer lenticulaire symétrique à une encéphalite ancienne par balle de revolver à droite).

L'autre, considéré de son vivant comme démence précoce traumatique, n'a pas de lésions histologiques des méninges ni des vaisseaux, mais il présente les lésions neuro-épithéliales pathognomoniques pour Klippel de la démence précoce ; les auteurs supposent, en ce dernier cas, une infection de la plaie de tête ayant causé l'encéphalite d'abord, la démence ensuite.

Dans tous ces cas, on ne saurait sérieusement dénier l'influence du traumatisme initial évident, comme cause de vulnérabilité cérébrale particulière à la paralysie générale, comme à la démence sénile ou précoce.

Les examens histologiques complets ont été faits alternativement à Villejuif et au laboratoire de M. le professeur Raymond, pour chaque cas, par les méthodes de Nissl, par l'hématéine-éosine, le Van Gieson et la méthode de Lhermitte (névroglie). René CHARPENTIER.

Société d'hypnologie et de psychologie

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1909

Rôle de la timidité dans l'étiologie de l'alcoolisme. — M. *Berillon.* — L'examen psychologique d'un assez grand nombre de buveurs m'a appris qu'avant d'avoir contracté leur habitude, la plupart d'entre eux étaient affectés de timidité.

Chez certains, la disposition à subir l'intimidation d'autrui est si marquée, qu'ils en perdent la plus grande partie de leurs moyens dès qu'ils se trouvent en présence d'autres personnes. Il n'est pas rare qu'ils en éprouvent une réelle souffrance morale. La reproduction fréquente de cette souffrance les incite à rechercher les moyens de s'y soustraire. Il n'est pas rare qu'une circonstance fortuite les renseigne sur l'utilité qu'ils peuvent retirer d'une ingestion, même à dose modérée, d'une boisson alcoolique. Quand ils ont constaté que l'excitation alcoolique supprime les effets de la timidité, ils n'hésitent plus à recourir à un moyen qui leur permet de conserver toute leur assurance. C'est par ce

mécanisme qu'ils se laissent entraîner à un alcoolisme de plus en plus accentué. Parmi les nombreux exemples que j'ai observés, je puis signaler le cas d'un officier qui n'affrontait jamais l'inspection d'un général sans s'être excité par l'ingestion d'une dose modérée d'un vin généreux. C'est à cette pratique que remonte le début d'un alcoolisme qui n'a cessé de s'aggraver.

Un cas d'onirothérapie spontanée. — M. *Paul Farez*. — L'observation détaillée d'un cas de rêve, curateur d'une phobie, amène aux conclusions suivantes :

1° Les rêves spontanés peuvent avoir une importance très grande, soit au point de vue de la psychologie pratique, soit au point de vue de l'action, soit au point de vue de la médecine générale ou spéciale.

2° Certains rêves peuvent être aisément « provoqués », à titre expérimental, ou à titre thérapeutique, soit pendant le sommeil naturel (par suggestion directe ou indirecte), soit immédiatement avant l'invasion du sommeil naturel, soit par une suggestion à échéance, faite pendant le sommeil hypnotique.

3° On a tort de négliger l'onirothérapie. Pratiquée systématiquement, elle offrirait au psychothérapeute, dans certains cas complexes ou difficiles, des ressources variées, souvent efficaces.

4° Le sommeil normal constitue, pour la réceptivité aux suggestions directes, un état d'hypotaxie aussi favorable que le sommeil hypnotique lui-même. Or, cette hypotaxie existe tout naturellement chez chacun de nous, chaque jour, pendant un certain nombre d'heures ; elle ne demande ni temps, ni peine, pour être réalisée.

5° Enfin, ces considérations mettent une fois de plus en lumière cette vérité fondamentale de la psychothérapie, à savoir que, pour obtenir dans les cas tenaces des résultats durables, il faut disposer d'une hypotaxie préalable qui exalte la suggestionnabilité et à la faveur de laquelle la suggestion s'implante, puis fructifie.

Un cas d'influence psychothérapique indirecte. — M. *Douglas Bryan* (de Leicester). — Une femme a été, par suggestion hypnotique, guérie de sa constipation. L'amie qui l'accompagnait à chaque séance, s'est trouvée également guérie de sa constipation et va à la garde-robe, très régulièrement, chaque jour à la même heure qu'elle. Sans avoir été ni hypnotisée, ni suggestionnée directement, cette amie a subi l'ambiance ; le voisinage d'autres malades endormis a créé un état de réceptivité, grâce auquel se sont implantées en elle des suggestions qui ne lui étaient pas destinées.

Influence de la suggestion hypnotique dans un cas de maladie de Basedow. — M. *Preda* (de Bucharest) rapporte un cas de maladie de Basedow dans lequel la suggestion hypnotique a amené la sédation de divers phénomènes psychiques, émotionnels et vaso-moteurs, en même temps qu'une rétrocession très appréciable du goitre.

Réalisation automatique d'une suggestion posthypnotique. — M. *Crispulo Diaz* (de Porto-Rico). — A l'heure et au jour dits, une hallucination visuelle s'est manifestée chez une de mes malades, exactement dans les conditions que j'avais suggérées, deux mois et demi auparavant, pendant le sommeil hypnotique ; l'amnésie avait été complète au réveil ; il s'agit donc d'une suggestion à échéance posthypnotique.

Association de la psychothérapie et de la mécanothérapie pour les rééducations fonctionnelles (avec présentation d'appareils. — M. *Courtault.* — La mécanothérapie passive est patiente, constante, régulière, précise ; elle limite les mouvements aux organes qui en ont besoin, sans fatiguer les autres ; elle dose l'effort d'après le potentiel du membre ; elle ne fait jamais mal ; elle débarrasse le patient de toute préoccupation ; par le rythme et l'uniformité de ses mouvements, elle peut arriver à produire une sorte d'hypotaxie très favorable au traitement.

L. PARROT.

STATISTIQUES

Les maladies mentales et nerveuses dans l'armée italienne

Dans un récent travail, le lieutenant-médecin P. Consiglio, de l'hôpital militaire de Rome, constate que, dans les principales armées européennes, le nombre des éliminés du service pour psychoses ou névroses va sans cesse en croissant. Dans les armées française, autrichienne, allemande, les dernières statistiques publiées montrent sans conteste cet accroissement ; en France, par exemple, les réformes définitives pour maladies mentales donnent les chiffres suivants : 317 en 1903, 347 en 1904, 352 en 1906. En Autriche, en 1902, 415 cas de maladies mentales ; en 1904, 494 ; en 1906, 662. En Allemagne, les chiffres qui, dans la période comprise entre 1892 et 1900 passent de 216 en 1892 à 363 en 1900, s'élèvent à 647 en 1904 et 663 en 1905. Ces chiffres s'entendent des maladies mentales seulement.

La même progression s'observe en Italie ; d'année en année, les réformes pour psychoses et névroses augmentent et vont de 2, 3 pour 100 réformes en 1876 à 6, 9 (psychoses) et 11,1 névroses pour 100 en 1904. Les exemptions pour le conseil de revision sont de même de plus en plus nombreuses et montent de 13 et 66 (classe 1866) à 40 et 260 classe 1886).

Le Gérant : G. DELARUE.

IMPRIMERIE DE J. DUMOULIN, A PARIS

TABLES DE L'ANNÉE 1909

I. — TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS PROPRES[1]

A

Achard, 5, 8, 37, 67, 68, 109, 113, 143, 144, 218.
Adamkiewitcz, 256.
Ahée (Mlle), 2.
Albanel, 274.
Albés, 106, 138.
Allaman, 65, 137.
Alombert-Goget, 106.
Alquier, 8, 109, 112, 236, 237.
Alt (Conrad), 27.
Ameline, 256.
Ameuille, 237.
Andéoud (G.), 317.
Anellani (Pier Francesco), 235.
Anglade, 55, 68, 232.
Antheaume, 45, 46, 58, 64, 99, 132, 168, 176, 234, 279, 285, 314.
Anton, 254.
Apert (E.), 3.
Apponyé (Albert), 253.
Archambault (Paul), 198.
Argyll-Robertson, 36.
Arnaud, 8, 151, 162, 239, 319, 334.
Arsimoles, 216.
Aubin, 280.
Aubineau, 219.

B

Babarczi (de), 254.
Babinski, 5, 7, 8, 37, 38, 39, 72, 107, 109, 111, 138, 144, 217, 315, 316, 326, 329, 330.
Baguer, 115, 116.
Baiatu (J.), 219.
Bailoé, 100.
Ballet (Gilbert), 33, 41, 65, 67, 106, 110, 144, 149, 232, 254, 280, 311, 329, 330.
Band, 254.
Barbé, 56, 57, 216.
Barthe de Sano-Fort, 117.
Baruk, 106.
Baudoin, 216.
Baudouin, 310.
Bauer, 5, 6, 8, 70, 146, 238, 239.
Beaunis, 281.
Bécue, 137.
Bélédin, 230.
Bellamy, 34, 221, 222, 229, 232.
Beni-Barde, 3.
Bennecke, 27.
Benoît (Emmanuel), 244, 246, 250.
Benon (R.), 2, 4, 242, 327, 328.
Bérillon, 77, 79, 116, 117, 251, 252, 259, 260, 326, 338.
Bernard-Leroy, 77, 251.
Bernheim, 35, 280.
Berthelot, 34.
Bertillon (Jacques), 116.
Besnier, 326.
Besta (Carlo), 137.
Betcherew, 139.
Biaute, 232, 234.
Bienfait, 13, 277, 279.
Bierry, 216.
Binet, 255, 271, 274, 275, 335.
Bing, 139, 141.
Binswanger, 139.
Blanchart (Augustin), 309.
Blondel (Ch.), 77, 230, 233, 251, 298.
Blondel (Raoul), 67.
Bodeker (Justus), 137.
Bœck, 254.
Boirac, 80.
Bonnet, 35.
Bonnette, 27.
Bonnier (Pierre), 43.
Borne, 234,
Bouchard, 261.
Boucherie (Mlle), 2.
Boudet, 145.
Boudon, 38, 149.
Bouffard, 302, 308, 309.
Bour, 309.
Bourdin, 55, 216.
Bourilhet, 56, 245.
Bourneville, 171.
Boutmy, 302.
Boyer (Mlle), 2.
Brent, 266.
Bresler, 254.
Briand, 47, 73, 159, 239, 246, 249, 327, 335.
Brissaud, 5, 69, 106, 107, 111, 139, 143, 146, 238, 239, 315.
Brissot, 47, 73, 246, 249.
Broda (Rodolphe), 80.
Brousse (Paul), 293.
Brower (Daniel R.), 107.
Bruns, 139.
Bryan (Douglas), 339.
Buchanan (Robert J.), 137.
Busch (Alfred), 279.
Bussard, 56, 57.
Bussières, 280.

C

Campbell (H. J.), 65.

1. Cette table comprend les noms des auteurs, des collaborateurs et tous les noms des personnes citées à l'occasion de nominations, promotions, etc.

Campeano (M.), 27.
Camus, 56, 57, 105, 105, 233, 257, 326, 327, 336.
Cantonnet, 238, 329.
Capgras (J.), 249.
Carrier (Albert), 68.
Carrier (Georges), 234.
Castel-Lebrun (Mme), 2.
Castin (P.), 32, 65.
Catalogne, 266.
Catola, 8.
Catrin, 28.
Catsaras, 254, 255.
Cauvin, 302, 309.
Cavasse, 27.
Cazeneuve, 27.
Chabrol, 238.
Chaïkévitch, 28,
Challan de Belval, 283.
Charcot, 281.
Chardon, 310.
Charon, 98, 138, 208, 266, 302, 303, 309, 310.
Charpentier (Joseph), 279.
Charpentier (René), 2, 9, 48, 67, 77, 100, 232, 241, 311, 319.
Charuel, 190.
Chaslin, 94.
Chavigny, 28, 80.
Chazal, 217.
Chéné (H.), 39.
Chenet, 218, 238, 239, 317, 331, 332.
Chéron (H.), 328.
Chèze, 56, 57, 137.
Chocreaux, 279.
Claparède, 139.
Claude (Henri), 34, 69, 106, 110, 139, 144, 218, 219, 237, 257, 310, 315, 331.
Clémenceau, 36, 182.
Clérambault (de), 9, 75, 114, 240, 242, 244, 336.
Clerfayt, 258.
Coffinet (Eulalie), 2.
Collin, 45, 46, 47, 48, 58, 73, 75, 157, 160, 254.
Collin (André), 185.
Condomine, 56.
Conso, 56, 57.
Constant, 327.
Constensoux, 34.
Corbel (Mme), 2.
Cornu, 1.
Cortyl, 5.
Cossa, 33, 65.
Cotard, 8, 56, 57, 106.
Cottenot, 70, 108.
Couchoud, 248.
Courbon, 138, 241.
Courtault, 340.
Courtellemont, 8.
Courtois-Suffit, 326.
Couvelaire (A.), 3.
Cramer, 254.
Crichton Miller (H.), 80.
Crinon, 156.
Crocq, 10, 13, 168, 232, 254, 258, 277, 314.
Cruchet, 8, 112, 229, 232.
Cullerre, 233.

D

Dagnan-Bouveret, 250.
Dagonet, 76.
Dallemagne, 271.
Damalix, 235.
Danjean, 1.
Davidenkow, 338.
Debove, 327.
Déchelotte, 138.
Deck (Emma), 309.
Decloux, 316.
Decroly, 258, 269, 279, 314.
Dejerine, 5, 42, 69, 71, 110, 111, 144, 146, 147, 239, 316, 329, 330, 331.
Dejerine (Mme), 147.
Deknatel (J. W.), 295.
Delamare (G.), 236.
Delbastie, 10.
Deleito, 28.
Delmas (A.), 2, 67, 241, 311.
Demmler (A.), 27
Demonchy, 78, 80.
Demoor, 271, 273, 275.
Deny, 138, 232, 279.
Dercum (F. X.), 8, 255.
Deroubaix, 168, 258, 278, 279.
Desagher, 278, 313.
Deschamps (Albert), 3.
Descomps, 71.
Dezwarte, 133.
D'Hôtel, 187.
Diaz (Crispulo), 340.
Dibs (Hélène), 2.
Dide, 169.
Doders, 34.
Donnaggio, 256.
Donath, 139.
Doutrebente, 230.
Drouineau, 57.
Dubief, 36.
Dubois (de Berne), 139, 142.
Dubost, 327.
Dubourdieu (V.), 27.
Dubuisson, 169.
Dufour, 5, 70, 108, 217, 316, 331.
Dumas (G.), 67, 77, 251, 311.
Dumolard, 41.
Dupain, 9.
Dupouy, 138, 229.
Dupré (E.), 55, 67, 72, 232, 233, 254, 278, 279, 299, 300, 311, 312, 313, 314, 326, 331.
Dupuy (Charles), 266.
Dupuy-Dutemps, 34, 257.
Dürr, 141.

E

Egger, 72, 112.
Egron, 34.
Eichelberg (Fritz), 1.
Eurich (F. W.), 65.

F

Fabre (Mme), 145.
Fairet, 327.
Famelon, 27.
Famenne, 279.
Farez (Paul), 78, 186, 258, 326, 339.
Fassou, 244.
Faure-Beaulieu, 112.
Fay, 56.
Fenayrou, 65.
Ferreira, 254.
Ferrer, 99.
Fiessinger, 260,
Fillassier, 156, 160.
Fiquet, 302.
Fischer, 254.
Fleury (Maurice de), 139.

Floquet, 280.
Foix, 144, 218, 239, 318.
Forli (Vasco), 169.
Forster, 279.
Français (Henri), 1, 107, 108, 216, 310, 330.
Frankel (Paul), 279.
Frankl-Hochwart, 255.
Freud, 329.
Friedlander, 254.
Froissart, 56, 57, 106, 241, 242, 280, 327.

G

Galezowski, 40, 310.
Garnier (Samuel), 203.
Gauthier, 56, 57.
Gauzy, 27.
Gellé, 310.
Gelma, 56.
Genay, 35.
Gibotteau, 329.
Girma, 1, 33, 256.
Glorieux, 232.
Gordon, 75.
Gosset (A.), 181, 184.
Gouillard, 229.
Granier, 55, 221, 223, 224.
Granjux, 28, 136, 220, 230, 283, 288, 327.
Gras, 34.
Gregor (Adalbert), 1.
Grenier, 35.
Guiard, 1.
Guilhermet, 261.
Guillain (Georges), 69, 108, 109, 110, 111, 331.
Gveidenberg, 254.
Gy, 6, 70.

H

Haberstadt, 16.
Hamel (J.), 133, 216.
Hannard, 106.
Haury, 229, 230.
Head, 255.
Hébold, 254.
Heilmann, 100.
Henschen, 255.
Hollander (d'), 258, 278.
Homen, 255.
Homery, 34.
Horoszkiewicz (Stéphan), 310.
Houzel, 69, 238.
Hudovernig, 254.
Huet, 34, 257, 310.
Hurtrel, 259.
Hyérard, 235.

I

Ilberg (Georges), 27.
Infroit, 317.
Ingegnieros, 101.

J

Jackson (Hughlings), 139.
Jacob, 69.
Jacoby, 28.
Jacquet (L.), 3.
Jacquin, 169.
Jahrmarker (Max), 33.
Jamin, 221.
Janet, 250, 310.
Jendrassik, 255.
Jennings, 259.
Jeras (Carlos), 9.
Joire (Paul), 261.
Jones (Robert), 105, 169.
Joris (de Bruxelles), 168, 258, 277.
Jouancoux, 302,
Jourdanet (P.), 3.
Jude (R.), 27, 230.
Jumentié, 150, 218, 238, 239, 317, 331, 332.
Juquelier, 249.

K

Kagi, 27.
Kahn (Pierre), 216, 330.
Keller, 275.
Keraval (P.), 29, 55, 101, 254.
Klippel, 6, 67, 109, 111, 232, 316.
Knecht, 271.
Kœnig, 310.
Kræpelin, 297, 298, 299, 300.
Krudener, 254.
Kuhn, 272.

L

Labbé (Raoul), 218.
Lacausse, 27, 283.
Ladame (Ch.), 100, 139, 141.
Lafage, 56.
Laignel-Lavastine, 38, 148.
Lalanne, 229, 279.
Lallemant, 327.
Lamy, 37.
Landouzy, 67, 253.
Lannois (de Lyon), 151.
Lapersonne (de), 70, 329.
Laquerrière (A.), 3.
Laroche (Guy), 331.
Latapie, 56, 57.
Laumonier, 260.
Laurent (Armand), 36.
Lavisse, 287.
Lebrun, 327.
Lecène, 237.
Le Gun, 309.
Legrain, 46, 155, 158, 159, 160, 239, 243, 336.
Legrand, 106.
Legras, 9, 169.
Lejeune, 258, 277.
Lejonne (P.), 8, 71, 73, 218, 257, 327,
Le Menant du Chesnais, 260.
Lemesle, 261.
Lemoine, 312, 326.
Lenoble, 219.
Lépinay, 116, 117.
Lépine (Jean), 55, 254.
Lerat, 9, 74.
Léri, 40, 110, 143, 145.
Leroy, 75, 106, 159, 241, 244, 247, 334, 336.
Leroz, 273.
Levassort (Joseph), 325.
Levert, 56, 57.
Levet, 105.
Levi (Léopold), 3, 37, 112.
Lévy-Brühl, 38.
Lévy-Valensi, 74.
Ley, 232, 254, 279, 300.
Lhermitte (J.), 8, 34, 41, 73, 232, 236, 257, 310, 327.
Liébault, 281.
Liégeois (Jules), 280.
Lœwfeld, 271.
Lombroso (César), 283.
Long (T.), 317, 329, 330.
Loup, 56.
Luciani, 139.

Lugaro, 255, 256.
Lwoff, 46.

M

Mabilde, 279.
Mabille, 55, 230.
Mac Donald, 254.
Maere, 258.
Magnan, 46, 75, 160, 248.
Magnin (P.), 79.
Maillard, 254, 255, 256.
Malapert, 77.
Malherbe, 221, 229.
Mandalari, 171.
Marbé, 43.
Marchand, 105, 146, 185, 245, 310.
Margulièss (Alexandre), 310.
Marie (A.) 27, 48, 114, 157, 158, 161, 235, 246, 250, 254, 255, 338.
Marie (Pierre), 69, 71, 110, 144, 217, 218, 315, 316, 329.
Marro, 272.
Martel (de), 34, 330.
Martineau, 229.
Martinez, 101.
Marzo (Giovanni), 137.
Massaut, 299, 300.
Masson (Pierre), 67,
Masurkiewicz (Johann), 310.
Mathieu, 296.
Maupaté, 120, 162.
Meeus, 258, 269.
Meige, 7, 8, 40, 67, 72, 221, 238, 329, 330.
Meillet (Léo), 107.
Menzerath (Paul), 298.
Mercier, 216.
Merle, 69, 72, 73, 236, 317, 330, 332.
Mézie, 56, 57, 138.
Mignard, 47.
Mignot, 285.
Mingazzini, 216, 256.
Mirallié, 219, 221, 229.
Mirman, 49, 57, 192, 280 301, 302, 307, 308, 309.
Moicina (J.), 99.
Moitié, 229.
Monakow (von), 139, 141.
Monestier, 65.
Monkenvöller, 271, 272.
Montesano (Giuseppe), 325.
Moravcsik, 254, 255, 283.
Moreau (de Tours), 5.
Moreira, 254.
Morel (Jules), 272.
Mosny, 312, 326, 327.
Motet, 68, 209, 312, 327.
Moutier (François), 3.
Muller (C.), 256.
Munch (F.), 310.
Muskens, 139.

N

Naecke, 271.
Naudascher, 47.
Neisser, 100.
Nemeth (Oedon), 256.
Néri (V.), 39, 111, 342.
Nicolson, 272.
Niessl von Mayendorf (Erwin), 33.
Noïca, 6, 147.
Nouët (H.), 185.

O

Obersteiner, 39, 255.
Olah, 254.
Olivier 169.
Oppenheim, 255.
Ortez, 101.
Ozéretskowsky, 28.

P

Pactet, 9, 27, 45, 46, 48, 58, 155, 157, 246, 254, 335, 337.
Pagano (G.), 3.
Pagès, 56.
Pain, 34.
Parant fils (Victor), 136, 220, 229, 234.
Pardo (Giorgio), 256.
Parhon, 8, 219.
Paris (A.), 35.
Parisot (Pierre), 35.
Parrot (L.), 17, 34, 58, 80, 102, 340.
Pasturel, 33.
Pellegrini, 28.
Peretti, 254.
Perrens, 56, 57, 105.
Petren (P.), 256.
Picaut, 77.
Picqué, 43, 244, 247, 248, 333, 334, 335.
Piéron, 76, 250.
Pilcz, 170.
Pinard, 67.
Pitres, 27.
Planat, 33.
Plaut (Félix), 137.
Poll, 273.
Popov, 5.
Porot, 233.
Povarnine (K. J.), 105.
Poyet, 161.
Preda, 340.
Pribytkov, 171.
Prins, 270, 274.
Privat de Fortunié, 106, 310.
Pron, 116.

R

Rameau, 302, 303, 308.
Ramond, 109.
Ranschburg, 254, 255.
Raulot-Lapointe, 72.
Raviart, 55.
Raymond, 2, 5, 6, 7, 34, 37, 40, 41, 67, 71, 107, 108, 109, 139, 144, 216, 217, 257, 310, 311, 330.
Rayneau, 136, 220, 230, 284, 288.
Rebatel, 56, 57.
Rebierre (Paul), 29.
Reboul (H.), 320.
Reclus, 67.
Régis (E.), 17, 27, 29, 67, 229, 230, 233, 254, 283.
Renkin, 10.
Ricci (Canzio), 169.
Riche, 95.
Richer, 6.
Richter (Maximilian) 325.
Ricle (Mlle), 138.
Ricoux, 34, 65, 138.
Ripamonti (Antonio), 328.
Ritti, 9, 67, 75, 257, 310.
Roasenda (G.), 325.

Robert, 105, 169.
Rochon-Duvignaud, 108, 110, 329, 331.
Rodenwalt, 275.
Rodhain (Vve), 138.
Rodiet (A.), 2, 327.
Roger (de Montpellier), 217.
Rogues de Fursac, 249.
Rolland, 106.
Rombler, 138.
Romeyn (J. A.), 295.
Rose, 34, 217.
Rossi (Italo), 8, 149.
Rossolimo, 254.
Roth, 255.
Rothschild (Henri de), 3, 37, 112.
Roubinovitch (Jacques), 35, 230, 295, 254, 255, 325, 335.
Rouby, 254.
Rougean, 138.
Roussy (Gustave), 41, 42, 72, 149, 237, 256, 320.
Roux (Johanny), 8.

S

Sachs, 329.
Sainton, 8, 73, 136, 220, 232, 317, 318, 333.
Saint-Sauveur (de), 105.
Salgo, 254,
Salin, 56, 57, 238, 317.
Sano, 277, 279.
Santenoise, 106.
Saporito (Filippo), 28.
Sarbo (Arthur von), 256.
Sarrault (Albert), 193.
Sauzet, 235.
Scarano (Luigi), 27.
Schaffer, 255.
Scholss, 254.
Schmiergeld, 8.
Schnyder, 142.
Schœffer (P.), 218.
Schultess, 140.
Schultze (Ernst), 28.
Schuyten, 275.
Schwandner, 14, 15.
Schwartz, 56.
Scié-Ton-Fa, 117.
Séglas, 8, 67, 162, 251, 318.
Semelaigne, 75.
Sérieux, 113.
Sézary, 331, 332.
Shaler, 325.
Sicard, 6, 8, 107, 109, 110, 143, 144, 151, 217, 218, 219, 238, 255.
Simon, 271, 274, 335, 336.
Simonin, 221, 225, 230, 284.
Sizaret, 106.
Snell, 254.
Soca, 7.
Sollier, 154.
Sommer, 254, 255.
Soukhanoff (Serge), 28,
Souques (A.), 8, 39, 146, 217, 218, 238, 315, 316, 331, 332.
Southard (Elmer E.), 279.
Spratling, 139.
Staal, 295.
Staiger, 14, 15.
Stewald, 254.
Stier (Ewald), 27, 28.
Strœhlin, 316.
Suttel, 56, 57.

T

Tamburini, 254.
Tarrius, 187, 260.
Taty, 28.
Terrien, 222, 233.
Thibaud, 256.
Thibierge, 40, 312, 326.
Thoinot, 327.
Thomas (André), 110, 111, 143, 144, 147, 149, 151, 218, 219, 232, 315.
Thomson, 271, 272.
Thourel, 325.
Tinel (J.), 42, 143, 150, 316, 327.
Tissot, 33, 138.
Tomellini (Luigi), 137.
Touchard, 34, 40, 109, 145, 218, 257.
Toupet, 317.
Tour (de la), 278, 279.
Tourey-Piallat, 104.
Toy, 96, 279.
Trénel, 75, 76, 114, 156, 157, 242, 318, 337.
Troisier (J.), 108.
Trombetta, 28.
Truelle, 156, 243.
Tschitsch, 254.
Tschudy, 141.
Tuan-Fang, 267.
Turner (Aldren), 139.

U

Uzac, 27.

V

Vallon (Ch.), 58, 98, 136, 155, 162, 215, 219, 221, 224, 229, 233, 240, 312, 326, 327, 336.
Van der Chijs, 187.
Van Deventer, 254.
Vatuers, 71.
Veil, 229.
Vendiesse, 106.
Veraguth (O.), 139, 140.
Verna (Louise), 2.
Viallon, 95.
Vieux-Pernon, 46, 56, 57, 137.
Vigouroux, 9, 47, 76, 106, 114, 161, 232, 242, 333, 336.
Vincent, 41, 219.
Vladoff, 3.
Vogt (Heinrich), 235.
Vogt (Ragnar), 235.
Voisin (Jules), 2, 34, 35, 78, 116, 251, 273.
Vurpas, 314.

W

Wagner von Jauregg, 254.
Wahl (L.), 50, 99, 190, 102.
Wallon, 77.
Warner, 275.
Weill (Pierre), 6, 111.
Weygandt, 254, 255.
Wimmer, 27.
Wiss (H. de), 142.
Witry, 78, 116, 187.
Wurtz, 312.
Wuschmidt, 254.

Y

Yoteyko (Mlle), 168, 258, 277, 278, 296, 298, 299, 300.
Yrigoyen, 261.

Z

Zozui, 8.

II. — TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

ASSISTANCE

Comment solutionner la question de l'aliénation mentale dans l'armée française? — E. Régis 283
Le nombre des aliénés en Angleterre 54
Evolution de l'assistance des aliénés en Allemagne. La clinique psychiatrique de Munich. — Moreina. 99
La nouvelle infirmerie de la section des hommes du manicome de San Baudilio. — Ferrer 99
L'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse). — P. Castin. 31
L'asile-colonie régional des retardés de Lujan, province de Buenos-Ayres 50
Asiles régionaux. — E. Dezwarte et J. Hamel. 133
Un établissement modèle : l'asile départemental de Dury-les-Amiens. — L. Bour. 301
L'assistance en France des infirmes ou des séniles calmes de nationalité étrangère. — L. Maupaté. 162
Circulaire officielle sur l'attribution du pecule des aliénés décédés dans les asiles publics. 49
Circulaire officielle pour le placement d'urgence des aliénés sans famille en Espagne. — L. Wahl. 49
La question des détenus atteints d'aliénation mentale pendant l'accomplissement de leur peine. — Halberstadt 14
La fièvre typhoïde dans les asiles et en particulier à Bunzlau ; pavillon d'isolement pour femmes bacillaires. — Heilemann et Neisser . . . 100
Patronage des libérés dans la République Argentine. — Bailoé 100
Recrutement du personnel infirmier dans les établissements d'aliénés. — Charon. 208
Le rôle du travail dans le traitement des maladies mentales. — Ladame. 100

CHRONIQUE

Le Congrès de Nantes. — A. Antheaume. 221
Le Congrès de Budapest. — G. Maillard. 253
Le Congrès de Mons. — A. Antheaume. 269
Un établissement modèle : l'asile départemental de Dury-les-Amiens. — L. Bour. 301

ENSEIGNEMENT

Conférences préparatoires à l'internat en médecine des asiles de la Seine, à l'asile Sainte-Anne. — Dr Benon. 4, 328
— cliniques sur les maladies nerveuses et mentales à la Salpêtrière. — Dr J. Voisin. 34
— pratiques de psychiatrie à l'hospice de Bicêtre. — Dr J. Roubinovitch 35, 325

Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux à l'hôpital de la Pitié. — Dr Babinski. 138, 325
Cours complémentaire et pratique de neurologie. (Clinique Charcot à la Salpêtrière.) — Pr Raymond. 34, 257
— de clinique des maladies du système nerveux à l'hospice de la Salpêtrière. — Pr Raymond. 310
— de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à l'Asile-clinique (Sainte-Anne). — Pr Gilbert Ballet 65, 311
— théorique de psychiatrie à l'Asile-clinique (Sainte-Anne). — Drs René Charpentier et Delmas 311
— théorique de psychiatrie médico-légale à l'Asile-clinique (Sainte-Anne). — Dr E. Dupré. 67, 311
Examens de malades et rédactions d'observations et de rapports à l'Asile-clinique (Sainte-Anne). — Drs René Charpentier et Delmas. 67, 311
Exercices pratiques de psychologie à l'Asile-clinique (Sainte-Anne). — Dr G. Dumas. 67
L'enseignement antialcoolique 188
Leçons de psychiatrie à l'asile de Dury-les-Amiens. — Drs Charon et Tissot. 138
— de psychiatrie clinique à l'hospice de la Salpêtrière. — Dr Deny. . 138

INFORMATIONS

Académie de médecine. — Élection d'un membre titulaire 312, 326
— Élection de MM. les Drs Brissaud et Maurice de Fleury 139
— Présentation d'ouvrage. (*Les Maladies mentales dans l'armée française*. — Debove 327
Aliéniste. — Blessé au cours d'une expertise. 169
Concours. — Le concours d'adjuvat de 1909 2
— Le prochain concours d'adjuvat des asiles publics d'aliénés. . . . 326
— d'internat aux asiles de Bailleul et d'Armentières. 3, 35
— d'internat à l'asile de Maréville 35
— d'internat à l'asile public d'aliénés de Bordeaux 68
— pour un poste de médecin aliéniste à l'hospice de Bicêtre. . 235, 326
Congrès. — Seizième congrès international de médecine à Budapest (1909) 67, 253
— Dix-neuvième congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Nantes (août 1909). 136, 219, 221
— de neurologie et de psychiatrie de Mons (1909). . . . 168, 257, 269
— de psychologie de Genève 168
— international pour l'assistance des aliénés, Vienne (1908). 170
Consultation des maladies nerveuses et mentales à la clinique de l'asile Sainte-Anne. — Dr Gilbert Ballet. 280
Distinctions honorifiques. — Drs J. Voisin, Raymond, Girma, 32 ; Drs Dodero, Homery, Pain, Ricoux, L. Parrot, Asile de Vaucluse, 34 ; Dr Cossa, 65 ; Dr Sizaret, 106 ; Dr Raymond, 216 ; Drs Auguste Marie, Damalix, 235 ; Drs Charon, Ritti 310
Inauguration de nouveaux pavillons de traitement à l'asile de Dury-les-Amiens. 280, 301
— des nouveaux bâtiments du « National hospital » à Londres . . . 311
Internat en médecine à l'asile de Clermont (Oise) 170
— à l'asile de Quimper (Finistère). 283
— à l'asile de Rodez (Aveyron) 312
Liégeois. — Hommage posthume à Jules Liégeois (de Nancy). 280

Maison nationale de Charenton. — Vacance d'un poste de médecin en chef 257
Meningite. — La méningite cérébro-spinale à Montpellier et à Vannes. 327
— La lutte contre la méningite cérébro-spinale. 328
Moravcsik. — Le professeur Moravcsik. 283
Necrologie. — Drs Moreau de Tours, Cortil, N. Popov, 5; Dr Argyll-Robertson, 36; Dr Motet, 68, 209; Dr Daniel R. Brower, M. Léo Maillet, 107; Drs Bourneville, Mandalari, G. Pribytkov, 171; Dr César Lombroso, 283; Dr Antonio Ripamonti 328

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Facultés et écoles étrangères. — Drs Fritz Eichelberg, Adalbert Gregor, 1; Dr Erwin Niessl von Mayendorf, Max Jahrmarcker, 39; Dr F.-W. Eurich, 65; Dr K.-J. Povarnine, Robert Jones, 105; Drs Felix Plaut, Carlo Besta, Giovanni Marzo, Robert, J. Buchanan, Justus Bödeker, Luigi Tomellini, 137; Dr Robert Jones, Canzio Ricci, Vasco Forli, 169; Drs Mingazzini, 216; Dr Ragnar Vogt, Heinrich Vogt, Pier Francesco Anellani, 235; Drs Arthur von Sarbo, E. Lugaro, Giorgio Pardo, Oedon Nemeth, 256; Drs Forster, Paul Frankel, Alfred Busch, Elmer E. Southard, 279; Drs Stéphan Horoszkiewicz, Alexandre Margueliès, Johann Masurkiewicz, 310; Drs Roasenda, Giuseppe Montesano, Shaler, Maximilian Richter. 325
Facultés et écoles françaises. — Dr Henri Français, 1; Dr Gilbert Ballet, 33; Drs Baudoin, Français, Barbé, Pierre Kahn 316
Ministère de l'Intérieur. — Drs Girma, Guiard, Cornu, Danjean, 1; Drs Cossa, Tissot, Pasturel, 33; Drs Castin, Monestier, Fenayrou, Ricoux, 65; Drs Marchand, Levet, Robert, Camus, Perrens, 105; M. de Saint-Sauveur, 105; Drs Froissart, Cotard, Albès, Baruk, Vigouroux, Santenoise, Alombert-Goget, Privat de Fortunié, Brissaud, Claude, 106; Drs Allaman, Vieux-Pernon, Bécue, Chèze, 137; Drs Albès, Dupouy, Mézie, Rougean, Courbon, 138; Drs Dubuisson, Dide, Jacquin, Robert, Olivier, 169; Drs Arsimoles, Hamel, Mercier, Bourdin, Bierry, 216; M. Sauzet, 235; Dr Girma, 256; Drs Thibaud, Ameline, 256; Drs Lalanne, Chocreaux, Toy, Joseph Charpentier, 279; Drs Froissart, Aubin, 280; Drs Marchand, Privat de Fortunié, Chardon, 310; Dr Joseph Levassort, 325; M. Henri Thourel 325; Dr Camus 326
Prix de l'Académie de médecine de Paris (1908). — Prix : Baillarger, 2; Henri Lorquet, 2, 327; Théodore Herpin, 3, 327; Civrieux, 3, 327; Saintour, 3; Apostoli, 3; Desportes, 3; Tarnier, 3: Barbier 327
Prix de l'Académie des sciences. — Prix : Lallemand, 3; Montyon, 257; Bréant, 257; Godard, 257; Larrey, 257; Bellion 257
Prix de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier. — Alphonse Jaumes. 106
Publications. — Un nouveau périodique : « Epilepsia » 139
Société de biologie. — Nomination du Dr H. Claude 257
Société de médecine légale de France. — Constiution du bureau. 327
Société de neurologie et Société de psychiatrie de Paris. — Réunion annuelle des deux sociétés. 319, 328
Société rouennaise pour le développement des enfants arriérés. 36
J. Voisin. — Hommage au Dr J. Voisin. 35

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A la mutuelle des aliénistes de France. — A. Antheaume. 165

Au congrès de Nantes et à l'assemblée générale de l' « Amicale ». — A. Antheaume 189
Asiles régionaux. — E. Dezwarte et J. Hamel. 133
Le concours d'adjuvat des asiles d'aliénés. — A. Antheaume 53
Des modifications à apporter au concours d'adjuvat. — A. Antheaume 81, 117
A propos du concours spécial de la Seine. — René Charon 202
Au Conseil d'État. — Le statut des fonctionnaires. Les médecins des asiles d'aliénés. — A. Antheaume 171
Rapports entre les médecins en chef et les directeurs administratifs. — Charuel. 190
Rapports entre les médecins des quartiers d'hospices et les commissions administratives. — Paul Archambault. 198
Des rapports entre les médecins directeurs, les médecins en chef et les commissions de surveillance. — Samuel Garnier 203
Le recrutement des médecins d'asiles en Belgique. — A. Antheaume. . 10

LÉGISLATION

La fabrication et la vente des absinthes en France. 4
Lutte contre l'alcoolisme. 266
L'aliénation mentale peut constituer une cause de divorce lorsque l'origine de la maladie est antérieure au mariage et a été dissimulée à l'autre conjoint. — L. Parrot. 102
Comment solutionner la question de l'aliénation mentale dans l'armée française ? — E. Régis 283
L'assistance en France des infirmes ou des séniles calmes de nationalité étrangère. — L. Maupaté. 162
Le médecin qui a délivré un certificat sur des faits relatifs à un procès ne peut pas déposer comme témoin. — L. Parrot. 16
Circulaire officielle sur l'attribution du pécule des aliénés décédés dans les asiles publics. 49
Circulaire officielle pour le placement d'urgence des aliénés sans famille, en Espagne. 49
Des modifications à apporter au concours d'adjuvat. — A. Antheaume 81, 117
Au Conseil d'État. — Le statut des fonctionnaires. — Les médecins des asiles d'aliénés. — A. Antheaume. 171
La question des détenus atteints d'aliénation mentale pendant l'accomplissement de leur peine. — Halberstadt. 14
Les peines disciplinaires dans les établissements pénitentiaires. — Ingegnieros, Martinez et Ortez 101
Note sur les difficultés de l'expertise médico-légale psychiatrique aux colonies et sur les lacunes de l'organisation actuelle. — H. Reboul et Roussy 320
L'obsession traumatique. — Tourey-Piallat. 102
La commission internationale de l'opium 266
Lutte contre l'opium en Chine 268

SOCIÉTÉS SAVANTES

(Ordre alphabétique et chronologique)

I. — Congrès

Cinquième congrès belge de neurologie et de psychiatrie. — Mons (25-26 septembre 1909) 269

Decroly. — Allocution 269
— La criminalité juvénile 269
Mlle Yoteyko. — Le surmenage scolaire 296
Desagher. — La psychologie des aveugles 313

II. — Société clinique de médecine mentale

Séance du 18 janvier 1909

Magnan et Vieux-Pernon. — Délire systématisé chez un dégénéré dont la mère est atteinte de délire polymorphe 46
Colin et Mignard. — Apparition de tics et de phénomènes convulsifs liés à un délire mélancolique chez une dégénérée héréditaire 47
Briand et Brissot. — Un cas d'onycho-trichophagie chez une démente mélancolique 47
Vigouroux et Naudascher. — Méningite tuberculeuse chez un héréditaire dément précoce, porteur d'une lésion ancienne de tuberculose osseuse 47
A. Marie. — Un cas de paralysie générale juvénile. Mort 48

Séance du 15 février 1909

Trénel et Leroy. — Folie périodique chez deux sœurs 75
De Clérambault. — Migraine, aphasie et parésie transitoire. Tendance au suicide. Alcoolisme. Fugue consciente et fugue inconsciente . . . 75
Trénel. — Mélancolie chez une négresse 76
Dagonet. — La persistance des neurofibrilles dans la paralysie générale. 76
Vigouroux. — Deux cas d'aphasie sensorielle 76

Séance du 15 mars 1909

Sérieux. — Un cas de délire d'interprétation 113
Vigouroux. — Un cas de pouls lent permanent avec vertiges comitiaux et troubles mentaux 114
Trénel. — Paralysie générale précoce avec hérédo-syphilis 114
De Clérambault. — L'exploration clinique de la sensibilité douloureuse par la pression 114
A. Marie. — Trois cerveaux de paralytiques généraux 115
— Encéphales de paralytiques généraux 115

Séance du 19 avril 1909

Pactet. — Confusion mentale consécutive à un traumatisme chez un jeune homme de vingt ans 155
Truelle. — Astasie-abasie d'origine délirante ou simulée 156
Trénel. — Paralysie générale amaurotique 156, 158
Crinon. — Un cas de psychose hallucinatoire 156
Fillassier. — Un cas de dégénérescence mentale avec épilepsie 156
A. Marie. — Paralysie générale prolongée. Hémiplégie d'origine traumatique 157
— Hémiplégie et traumatisme 157

Séance du 17 mai 1909

Legrain. — Guérison tardive d'états confusionnels graves 158
A. Marie. — Mal perforant buccal chez un paralytique général. Démence traumatique et démence paralytique 158
Pactet. — Syndrome paralytique et paraplégie spasmodique chez un jeune homme de dix-neuf ans 159

Leroy. — Un cas d'amnésie rétro-antérograde consécutive à une intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. 159
Marcel Briand. — Amnésie partielle ou fabulation. 159
Fillassier. — Obsessions, impulsions et tics chez un dégénéré. 160
— Obsession hallucinatoire et hallucinations obsédantes. 160
Vigouroux. — Encéphalite hémorragique. 161
A. Marie. — Maladie de Parkinson. 161

Séance du 21 juin 1909

Truelle. — Paralysie générale tardive ou démence organique par lésions multiples. Lymphocytose positive. 243
Legrain. — Un cas d'épilepsie traumatique : onze trépanations. . . . 243
De Clérambault. — Attaques comitiales : délire consécutif mnésique. . 244
Emmanuel Benoît. — Sclérose en plaques ayant ébauché à son début le syndrome paralytique. 244
Leroy et Fassoy. — Délire d'interprétation chez les deux sœurs. 244
Marchand. — Paralysie générale infantile. 245
Bourilhet. — Kyste des méninges chez un épileptique. 245
Marie et Benoît. — Électrocution et troubles mentaux. 246
Marie. — Tumeur de la dure-mère et troubles mentaux. 246

Séance du 19 juillet 1909

Marcel Briand et Brissot. — Syndrome paralytique chez une débile. Possibilité de paralysie générale. 246
Leroy et Picqué. — Confusion mentale par suite de tuberculose iléo-cœcale. Guérison par intervention chirurgicale. 247
Couchoud. — Un cas d'aphasie avec démence. 248
Juquelier. — Anomalie artérielle probable chez une mélancolique. . . 249
Rogues de Fursac et Capgras. — Un cas de folie intermittente, secousses myocloniques et délire de possession prémonitoires des accès. . . . 249
Marcel Briand et Brissot. — Un cas d'aphasie motrice pure, sans surdité ni cécité verbales, chez une démente polyglotte, n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable. 249
A. Marie et Benoît. — Un cas de tumeur cérébrale latente. 250

Séance du 15 novembre 1909

Vigouroux. — Un cas de tabes spasmodique familial. 336
Leroy. — Sécrétion lactée permanente depuis la puberté chez une jeune maniaque. 336
Pactet. — Paralysie générale juvénile. 337
Trénel. — Descendance des paralytiques généraux. 337
A. Marie et Davidenkow. — Six cas d'encéphalite traumatique. 338

III. — Société d'hypnologie et de psychologie

Séances des 19 janvier et 16 février 1909

Bérillon. — L'anorexie des adolescents. 77
Demonchy. — Magnétothérapie et suggestion 78
Jules Voisin. — Incontinence nocturne d'urine ; guérison par la suggestion hypnotique. 78
Paul Farez. — Un cas de sommeil hystérique avec personnalité subconsciente. 78
Witry. — Une épidémie religieuse moderne d'origine suggestive : la secte de la A. Zurich 78

Bérillon. — Le centre du réveil. Interprétation anatomo-physiologique de l'hypnotisme 79
— Le signe de la détente musculaire. Sa valeur clinique psychologique 79
P. Magnin. — Psychothérapie et mouvement 79
Chavigny. — Psychothérapie des tics, procédés adjuvants 80
Demonchy. — Importance du réveil en hypnotisme 80
H. Chricton Miller. — Climatothérapie et suggestion 80
Boirac. — Psychologie inconnue 80
Rodolphe Broda. — Religions nouvelles en Australie 80

Séance du 16 mars 1909

Baguer. — L'état actuel de l'instruction publique pour les anormaux d'école 115
Pron. — L'excitation génitale chez les hyperchlorhydriques 116
Lépinay. — La durée de l'incubation dans la réalisation des suggestions hypnotiques 116
Witry. — Un grand suggestionneur allemand 116
Moret. — La psychologie du cheval 116
Bérillon. — L'olfaction dans les relations sexuelles 117
Lépinay. — L'olfaction chez les animaux 117
Scié Ton-Fa. — L'homosexualité en Chine 117
Barthe de Sano Fort. — L'homosexualité en Extrême-Orient 117

Séance du 18 mai 1909

Paul Farez. — A propos de quelques récentes publications sur l'incontinence d'urine 186
D'Hôtel. — La valeur psychologique du signe pupillaire 187
Witry. — Les « danseurs de la Pentecôte » 187
Tarrius. — Intoxication cocaïnique par les muqueuses de la face . . . 187
Van Der Chijs. — La suggestion et son rôle en psychothérapie 187

Séance du 15 juin 1909

Jules Voisin. — La délinquance juvénile et la rééducation morale . . . 251
Bérillon. — Rôle de l'hypnotisme dans la rééducation de la volonté . . 251
— La rééducation professionnelle après les traumatismes 252
Paul Farez. — La rééducation des fonctions digestives 258
Hurtrel. — L'autosuggestion graphique dans le traitement des psychonévroses 259
Jennings. — La rééducation du self control dans le traitement de la morphinomanie 259
Laumonico. — Le traitement de la paresse 260
Tarrius. — Un cas grave d'anorexie mentale ; guérison 260
Yrigoyen. — La dynamogénie et l'inhibition dans le traitement de l'hystérie et de la neurasthénie 261
Bouchard. — L'anesthésie hypnotique en art dentaire 261
Lemesle. — L'algomanie 261
Paul Joire. — Quelques faits de la clinique de psychothérapie de Lille . 261
Guilhermet. — Éloge de Liégeois 261

Séance du 19 octobre 1909

Bérillon. — Rôle de la timidité dans l'étiologie de l'alcoolisme 338
Paul Farez. — Un cas d'onirothérapie spontanée 339
Douglas Bryan. — Un cas d'influence psychothérapique indirecte . . . 339

Preda. — Influence de la suggestion hypnotique dans un cas de maladie de Basedow 340
Crispulo Diaz. — Réalisation automatique d'une suggestion posthypnotique. 340
Courtault. — Association de la psychothérapie et de la mécanothérapie pour les rééducations fonctionnelles 340

IV. — Société médico-psychologique

Séance du 28 décembre 1908

Séglas et Cotard. — Deux cas de psychose hallucinatoire. 8
Dupain et Lerat. — Un cas de psychose polynévritique 9
Composition du bureau pour 1909. 9

Séance du 25 janvier 1909

Picqué. — De l'origine périphérique de certains délires. 43
Antheaume, Colin, Pactet. — Lettre au sujet des prix dont dispose la Société 45

Séance du 22 février 1909

Colin. — La réforme de l'adjuvat. 73
Briand et Brissot. — Quelques cas de coexistence de l'épilepsie avec une vésanie. Double hérédité. 73
Lévy-Valensi et Georges Lerat. — Un cas de délire de médiumnité. . . 84

Séance du 29 mars 1909

La réforme du concours d'adjuvat 113

Séance du 26 avril 1909

Arnaud. — De l'origine périphérique de certains délires 151
Legrain. — De la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats. 155

Séance du 24 mai 1909

André Collin. — Sur un cas de mort avec hypothermie dans la paralysie générale 185
L. Marchand et H. Nouët. — Démence rapide chez un épileptique . . . 185

Séance du 28 juin 1909

Legrain. — De la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats. 239

Séance de juillet 1909

Leroy. — Une forme d'hallucinations nouvelles 241
Benon et Froissart. — Les conditions sociales et individuelles de l'état de fugue. 242

Séance du 25 octobre 1909

Trénel. — Un cas de délire des négations par Cervantes : « le licencié Vidreira » 318
Séglas. — Paranoïa et démence paranoïde. 318

Séance du 29 novembre 1909

Picqué. — Sur la question des délires d'origine périphérique. 333
Binet et Simon. — Sur la nécessité d'une méthode d'examen des arriérés militaires. 335

V. — Société de neurologie

Séance du 7 janvier 1909

Allocution de M. Achard. 5
Brissaud et Bauer. — Méningo-myélite chronique syphilitique apparue trente ans après le chancre infectant. 5
Bauer et Gy. — Maladie de Friedreich et hérédo-ataxie cérébelleuse dans une même famille. 6
Noïca. — Contractures et mouvements associés. 6
Klippel et Pierre Weill. — Syndrome pseudo-bulbaire congénital et héréditaire. 6
Soca. — De la fièvre hystérique. 7
Lejonne et Lhermitte. — Atrophie olivo et rubro-cérébelleuse. 8
Johanny Roux. — Ponction lombaire et syphilis 8
Zoʒui. — Syndrome pédonculaire. 8
Composition du bureau pour 1909. 8

Séance du 4 février 1909

Babinski. — A propos du procès-verbal de la séance précédente. . . . 37
Léopold Lévi et Henri de Rothschild. — Corps thyroïde et vaso-motricité. 37
Levy-Bruhl. — Un cas d'hémiplégie droite et d'aphasie motrice pure, hystérique. 38
Laignel-Lavastine et Boudon. — Apraxie idéo-motrice de Liepmann. . . 38
Babinski. — Monoplégie brachiale gauche 39
V. Néri. — A propos des survivants de la catastrophe de Messine . . . 39
Souques et H. Chéné. — Tabes avec atrophie des muscles innervés sur la branche motrice du trijumeau, le pneumogastrique, le spinal, l'hypoglosse et les racines inférieures du plexus brachial. 39
Thibierge. — Un cas de gigantisme. 40
Galeʒowski. — Ophtalmoplégie totale avec paralysie des branches sensitivo-motrices du trijumeau. 40
Raymond et Touchard. — Sclérose en plaques débutant par des troubles mentaux simulant la paralysie générale 40
Gilbert Ballet. — Un cas de goitre exophtalmique. 41
Vincent et Dumolard. — Aphasie motrice guérie après trépanation . . . 41
Raymond et Lhermitte. — Sur une maladie familiale de l'appareil cérébelleux. 41
Gustave Roussy. — Deux cas de lésion de la couche optique suivis d'autopsie 41
J. Tinel. — Pachyméningite cervicale hypertrophique. 42
Pierre Bonnier. — L'anxiété et son traitement direct 43
Marbé. — Le réflexe conjonctivo-mentonnier 43

Séance du 4 mars 1909

Achard. — A propos du procès-verbal. 68
Merle. — Maladie de Recklinghausen avec rétraction de l'aponévrose palmaire. 69
Claude et Jacob. — Sclérose en plaques avec astéréognosie. 69
Georges Guillain et Houʒel. — Lésion pédonculaire par balle de revolver. 69
Brissaud. — Myélite antérieure subaiguë à type scapulo-huméral. . . . 69
De Lapersonne. — Ophtalmoplégie interne chez un hérédo-spécifique . 70
Bauer et Gy. — Maladie de Thomson. 70
Dufour et Cottenot. — Crise gastrique tabétique prise pour une obstruction intestinale. Anus iliaque. Guérison. 70

Dufour et Cottenot. — Névrite gravidique localisée au pneumogastrique. Persistance de la tachycardie trois mois après la disparition des vomissements incoercibles 70
F. Raymond et P. Lejonne. — Encéphalomyélite consécutive à un état méningé chez une fillette de neuf ans. Sclérose en plaques. 71
Vauters. — Aphasie et agraphie pure. 71
Descamps. — Un cas de tabes avec paralysie du biceps et du brachial antérieur 71
Egger. — Réduction de la mobilité de la flexion du pied dans le décubitus chez les hémiplégiques 72
Babinski. — Deux cas de tumeur cérébrale de la région frontale. . . . 72
Roussy. — Moelle de syringomyélie en « canne de Provence ». 72
Pierre Merle et Raulot-Lapointe. — Les altérations osseuses au cours de la myopathie 72
Pierre Merle. — Sur la neuritisation dans les foyers de ramollissement cérébral 73
Lejonne et Lhermitte. — De la nature inflammatoire de certaines sclé-roses en plaques 73

Séance du 1er avril 1909

Sicard. — Torticolis spasmodique traité par la section de la branche externe du spinal. 107
Raymond et Henri Français. — Syndrome protubérantiel 107
— — Syndrome de la calotte pédonculaire 108
Dufour et Cottenot. — Névralgie paresthésique bilatérale du fémoro-cutané et du perforant cutané supérieur du crural (nerf musculo-cutané externe) chez une femme enceinte 108
Guillain, Rochon-Duvigneaud et Troisier. — Le signe d'Argyll-Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral 108
Achard et Ramond. — Un cas de nœvus à topographie zoniforme . . . 109
— — Troubles trophiques des ongles chez un saturnin. 109
Sicard. — Fausse sclérose en plaques chez l'enfant. 109
Raymond et Touchard. — Méningite syphilitique ou tabes juvénile . . . 109
Dejerine et Thomas. — Une autopsie de névrite ascendante. 110
Babinski. — Observations sur les victimes de la catastrophe de Messine. 111
Klippel et Pierre Weil. — Rétraction du testicule associée à la contracture hystérique du membre inférieur. 111
— — Le signe du pouce. 111
Brissaud. — Syndrome indéterminé. 111
Cruchet. — Myokimies passagères. 112
Alquier et Faure-Beaulieu. — Action du radium sur les tissus du névraxe. 112
Léopold Lévi et Henri de Rothschild. — Corps thyroïde et névralgies. Dysesthésies tyroïdiennes. 112
Egger. — La motilité du bras de l'hémiplégique. 112
— Paralysie volitionnelle du triceps brachial. 111

Séance du 6 mai 1909

Brissaud et Sicard. — Méningite ambulatoire cérébro-spinale bactérienne. 143
Tinel. — Diagnostic de l'anesthésie hystérique par l'exploration au diapason 143
André Thomas et Tinel. — Signes d'affection organique du système nerveux dans la chorée de Sydenham. 143
Achard et Foix. — Tabes fruste avec arthropathie du genou 144

A. Léri et Boudet. — Sur l'origine des paralysies du spinal dans le tabes. 145
Touchard et Mme Fabre. — Un cas de syringomyélie traité par le radium. 145
— — Un cas de sciatique traité par le radium 145
Souques. — Mouvements d'élevation de la paupière supérieure, associés aux mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure . . 146, 238
Brissaud et Bauer. — Sur les troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen. 146
Marchand. — Maladie de Gilles de la Tourette et paralysie générale . . 146
Noïca. — Rapport entre les mouvements associés spasmodiques et les réflexes tendineux 147
— Sur la contracture « type en extension » du membre supérieur. . 147

Séance supplémentaire du 13 mai 1909

Thomas. — État des racines antérieures dans quelques cas de tabes amyotrophique 147
M. et Mme Dejerine. — Sur les localisations médullaires spinales. . . . 147
Autopsie d'un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial. 148
Laignel-Lavastine et Boudon. — Un cas de myasthenie grave d'Erb-Goldflam avec autopsie. 148
Roussy et Rossi. — Autopsie d'un nouveau cas de sclérose latérale amyotrophique 149
Jumentié. — Lésion de l'étage antérieur de la protubérance. 150
J. Tinel. — Les lésions radiculaires dans les méningites 150
Lannois. — Tumeurs du nerf acoustique. 151

Séance du 3 juin 1909

Dufour et Chazal. — Maladie de Basedow sans hypertrophie du corps thyroïde associée à une atrophie myopathique scapulo-humérale et au rhumatisme. 217
Roger. — Abcès cérébraux multiples à forme hémispherique au cours d'une tuberculose pulmonaire avec dilatation et infections bronchiques. 217
Souques. — Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. 217
Raymond et Rose. — Intégrité du faisceau pyramidal au cours de la paralysie spastique familiale 217
Achard et Foix. — Hématomyélie. 218
— — Symptômes tabétiques avec arthropathie sans leucocytose céphalo-rachidienne 218
Chenet et Jumentié. — Un cas de syringomyelie avec amputation spontanée des doigts. 218
Lejonne et Touchard. — Atrophies musculaires multiples chez un tuberculeux. 218
Claude et P. Schœffer. — Diplégie cérébrale spasmodique de l'enfance ou symptômes associés 218
André Thomas et Raoul Labbé. — Amyothrophie globale du membre inférieur. 218
André Thomas. — De la nature organique de certaines chorées de Sydenham 219
Vincent. — Un nouveau cas de méningite chronique syphilitique sans symptômes cliniques. 219
Lenoble et Aubineau. — Un cas de névrose singulière familiale (myoclonie avec glycosurie et crises épileptiformes) 219
C. Parhon et J. Baiatu. — Note sur un cas de rhumatisme chronique associé à l'hémiplégie 219

Séance supplémentaire du 10 juin 1909

Alquier. — Sur la genèse des lésions de la moelle épinière dans un cas de syphilis du système nerveux à marche rapide. 236
P. Merle. — Atrophie musculaire spinale chez un syphilitique. 236
Lhermitte. — Sur la constitution des plaques de sclérose dans la sclérose en plaques 236
G. Delamare et P. Merle. — Recherches sur l'anatomie pathologique de l'épendyme cérébral. État cryptique, kystique et varioliforme. . . . 236
Roussy et Ameuille. — Dysostose cleiodo-cranienne. 237
Lecène et Roussy. — Intervention pour tumeur de l'hypophyse. 237

Séance du 1er juillet 1909

Claude. — Deux cas de chorée persistante avec signes de lésions anatomiques légères du système nerveux. 237
Alquier. — Thyroïdes et maladie de Parkinson 237
Cantonnet. — L'inégalité pupillaire latente chez les basedowiens. . . . 238
Sicard. — Résection de la branche externe du spinal dans le torticolis mental. 238
Brissaud et Bauer. — Torticolis mental traité par la rééducation psychomotrice 238
Housel. — Syndrome de Weber traumatique par balle intercranienne; craniectomie et extraction de la balle. 238
Brissaud et Salin. — Tics à début tardif et mouvements chroniques névropathiques. 238
Chabrol. — Sarcome du IVe ventricule. 238
Jumentié et Chenet. — Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. 238
Brissaud et Bauer. — Arthropathie suppurée chez un tabétique. 239
Brissaud et Foix. — Paralysie infantile avec cyanose et pseudo-hypertrophie extrêmement marquées 239
Jumentié et Chenet. — Troubles sensitifs dans un cas de maladie de Friedreich. 239

Séance du 4 novembre 1909

Étienne Brissaud. — Deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse 315
Thomas. — Affection cérébelleuse 315
Claude. — Polynévrite à début méningitique. 315
Souques. — Trépanation cranienne décompressive dans un cas de tumeur cérébrale 315
Decloux et Tinel. — Hémiplégie cérébrale infantile avec aphasie 316
Klippel et Strœhlin. — Hémiplégie et hémianopsie transitoires, suites d'épilepsie symptomatique 316
Pierre Merle. — Atrophie musculaire cervicale et main d'Aran Duchenne chez une tabétique 317
Paul Sainton. — Présentation d'images cinématographiques pouvant être examinées avec un appareil à main 317
Toupet et Infroit. — Radiographie de la selle turcique. 317
Chenet et Jumentié. — Sclérodermie et dystrophie du membre inférieur gauche. 317
Salin. — Sclérodermie et maladie de Raynaud chez une femme de soixante-trois ans. 317
T. Long et G. Andéoud. — Abolition des réflexes pupillaires au cours d'un syndrome d'Erb 317
Foix. — Paralysie du membre supérieur d'origine tabétique. 318

Séance du 2 décembre 1909

De Lapersonne et Cantonnet. — Signe d'Argyll Robertson unilatéral avec coexistence du même côté d'un syndrome oculosympathique incomplet. 329
Long. — Sur l'absence fréquente de la contracture permanente dans l'hémiplégie infantile. 329
Ballet et Kahn. — Hémispasme du membre supérieur. 330
Babinski et de Martel. — Un cas de tumeur cérébrale avec intervention. 330
Raymond, H. Français et Merle. — Pseudo-tumeurs cérébrales. 330
Georges Guillain et Guy Laroche. — L'astéréognosie spasmodique juvénile. 331
Sézary, Chenet et Jumentié. — Paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial. 331
— — Myopathie à début tardif. 332
Pierre Merle. — Syndrome thalamique. 332
V. Néri. — D'un nouveau signe d'hémiplégie organique. 332
Souques. — La névrite optique des tumeurs cérébrales est-elle déterminée par l'hypertension ou par l'intoxication?. 332
Alquier. — Autopsie d'un mal de Pott ancien avec gibbosité et paraplégie guérie. 333

VI. — Société de psychologie

Séance du 5 mars 1909

G. Dumas. — La psychologie des foules. 77

Séance du 7 mai 1909

Poyet. — Psychologie d'un cas de folie messianique. 161
Séance du 4 juin 1909 250
Séance du 2 juillet 1909 251

VII. — Société suisse de neurologie

Séance du 13 mars 1909

Composition du bureau. 139
Claparède. — L'interprétation biologique en psychopathologie. 139
Schultess. — De l'influence des fonctions musculaires dans des cas de paralysie et de quelques principes de mécanothérapie 140
O. Veraguth. — Présentation d'un cas de lésion traumatique du lobe frontal. 140
Tschudy. — Considérations sur la chirurgie cérébrale 141

Séance du 14 mars 1909

Von Monakow. — Nouveaux aperçus sur la question des localisations. . 141
Ladame. — Amyotrophie myélopathique post-traumatique 141
Bing. — Altérations musculaires d'origine alcoolique. 141
Dürr. — Du sentiment dans ses rapports avec la volonté 141
H. de Wiss. — Observations relatives à la meningite cérébro-spinale épidémique. 142
Schnyder. — Considérations sur la nature de l'hystérie. 142
Dubois. — Un cas de phobie guéri par la psychothérapie. 142

VARIÉTÉS

L'officier dans l'hygiène mentale du soldat (E. Régis). 17
De l'art chez les aliénés (P. Keraval) 17, 64, 104, 168, 324

III. — NOMENCLATURE ICONOGRAPHIQUE

PLANCHES EN NOIR HORS TEXTE

		N°s	Pages
Portraits de MM. Erb	Informateur	1	1
— C. von Monakow (de Zurich)	—	2	32
— Bernheim (de Nancy)	—	3	64
— P.-L. Ladame (de Genève)	—	4	104
— Rauzier (de Montpellier)	—	5	136
— Pâris (de Maréville)	—	6	168
— Motet	—	7	188
— Ch. Mirallié	—	8	220
— E. Moravcsik	—	9	252
— Cabred	—	12	325
Les pavillons de traitement de l'asile d'Amiens	—	10	300
Série de dessins satiriques dus à un jeune sujet atteint de psychose dépressive. (Collection du Dr Keraval.)	—	1	30
	—	2	66
	—	3	106
	—	5	169
	—	11	324

PLANCHES EN TEINTE HORS TEXTE

Au Congrès de Nantes	Informateur	8	228
Le Congrès de neurologie et de psychiatrie de Mons (Belgique)	—	10	269

FIGURE DANS LE TEXTE

Entrée principale de l'asile de Montdevergues	Informateur	1	32

A. M. O.	Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.
A. M. P.	Annales médico-psychologiques.
A. M. T.	Archives médicales de Toulouse.
A. et N.	The alienist and neurologist (Saint-Louis).
An. N.	Annali di neurologia.
Ar. N.	Archives de neurologie.
A. Oc.	Annales d'oculistique.
A. Ot.	Archives of otology.
A. Op.	Archives of ophtalmology.
A. Pd.	Archives of pediatry.
A. Ps.	Archives de psychologie.
A. P. C.	Archivos de psiquiatria y criminologio (Buenos-Ayres).
A. P. N.	Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.
A. P. N. A.	Archivio di psichiatria, neuropatologia, antropologia criminale.
A. R. R.	Archives of the Röntgen-Ray.
A. S.	Annals of surgery.
A. S. T.	Archiv für Schiffs und Tropenhygien.
A. T. H.	Archives de thérapeutique, d'hygiène et d'assistance coloniale.
A. W. M. Z.	Allgemeine Wiener medizinische Zeitung.
A. Z. P.	Allegemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychische gerichtliche Medizin.
B.	Brain.
B. A. M.	Bulletins et mémoires de de l'Académie de médecine.
B. G. G.	Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie.
B. G. T.	Bulletin général de thérapeutique.
B. K. W.	Berliner Klinische Wochenschrift.
B. J. C. D.	Bristish journal of children's diseases.
B. L. O. R.	Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie.
B. M.	Bulletin médical.
B. M. C. J.	Bristol medico-chirurgical journal.
B. M. J.	British medical journal.
B. M. S. J.	Boston medical and surgical journal.
B. S. A.	Bulletins et mémoires de la Société anatomique.
B. S. C.	Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie.
B. S. E.	Bulletin de la Société française d'électrothérapie.
B. S. H.	Bulletins et mémoires de la Société des hôpitaux.
B. S. I.	Bulletins de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris.
B. S. P.	Bulletins de la Société de pédiatrie de Paris.
C.	La Clinique.
Ch.	Chirourguia.
C. C.	Clinica chirurgica.
C. G. M. C.	Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie.
C. I.	La Clinique infantile.
C. I. M.	Centralblatt fur innere Medezin
C. J.	Clinical journal.
C. L.	Canada Lancet.
C. M. I.	Clinica medica italiana.
C. M. J.	Cleveland medical journal.
C. O.	Clinique ophtalmologique.
C. P. A.	Centralblatt für pathologische Anatomie.
C. R. A. S.	Comptes rendus et mémoires de l'Académie des sciences.
C. R. S. B.	Compte rendus de la Société de biologie.
C. S.	Clinical studies.
D. A. K. M.	Deutsches Archiv für Klinische Medizin.
D. A. Z.	Deutsche Aerzte Zeitung.
D. J. M. S.	Dublin journal of medical sciences.
D. M. Z.	Deusche militarärztliche Zeitung.
D. M. W.	Deutsche medizinische Wochenschrift.
D. Z. C.	Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
D. Z. N.	Deutsche Zeitschrfit für Nervenheilkunde.
E.	L'Encéphale.
E. M. J.	Edimburgh medical journal.
E. M. N.	Écho médical du Nord.
E. S. M.	El Siglo medico.
F. M.	Fortschritte der Medizin.
G. E. M.	Giornale di elettricita medica.
G. H.	Gazette des hôpitaux.
G. M. C.	Gazette médicale du Centre.
G. M. I.	Gazetta medica italiana.
G. M. J.	Glasgow medical-journal.
G. M. M.	Gaceta medica de Mexico.
G. M. N.	Gazette médicale de Nantes.
G. M. P.	Gazette médicale de Paris.
G. O. C.	Gazetta degli ospidali e della cliniche.
G. P. C.	Giornale di psichiatria clinica (Ferrare).
G. S. M. B.	Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.
H.	Hopitalstidende.
Hy.	Hygiea.
I. C.	International clinics.
I. D.	Inaugural dissertation.
I. M. J.	Interstate medical journal.
I. M. J. A.	Intercolonial medical journal of Australasia.
I. S.	Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.
J. A.	Journal de l'anatomie et de la physiologie.
J. A. M. A.	Journal of the american medical association.
J. A. P.	Journal of anatomy and physiology.
J. A. Ps.	Journal of abnormal psychology.
J. C.	Journal de chirurgie (Paris).
J. C. B.	Journal de chirurgie (belge).
J. C. N. P.	Journal of comparative neurology and psychiatry.
J. E. M.	Journal of experimental medicin.

J. K. Jahrbuch für Kinderheilkunde.
J. L. Journal of laryngology.
J. M. Bo. Journal de médecine de Bordeaux.
J. M. Br. Journal médical de Bruxelles.
J. M. C. P. Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
J. M I. Journal de médecine interne.
J. M. P. Journal de médecine de Paris.
J. M. S. Journal of mental sciences.
J. N. Journal de neurologie.
J. N. M. D. The journal of nervous and mental diseases.
J. Pr. Journal des praticiens.
J. Ph. Journal of physiology.
J. Ps. Journal de psychologie normale et pathologique.
J. P. B. Journal of pathology and bacteriology.
J. P. P. Journal de physiologie et de pathologie générale.
J. S. M. L. Journal des sciences médicales de Lille.
K. M. A. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
K. P. N. Klinik für Psychiatrischen und Nerven Krankheiten.
K. S. A. Korrespondenzblatt für schweister Aerzte.
L. The Lancet.
L. C. Lyon chirurgical.
L. M. Lyon médical.
L. L. M. La Loire médicale.
L. M. C. J. Liverpool medico-chirurgical journal.
M. Il Morgagni.
Ma. Il Manicomio.
M. B. Medizinische Blätter.
M. C. Médical chronicle.
M. G. M. C. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.
M. K. Medizinische Klinik.
M. K H. Monatsschrift für Kinderheilkunde.
M. M. Marseille médical.
Mp. M. Montpellier médical.
M. M. J. Montreal médical journal.
M. M. W. Muenchener medizinische Wochenschfrit.
M. O. Monatsschrift für Ohrenheilkunde.
M. P. Medical press.
M. P. N. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.
M. R. Medical record.
M. U. I. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen.
N. Le Nevraxe.
N. C. Neurologisches Centralblatt.
N. M. Nord médical.
Nm. M. Normandie médicale.
N. M. A. Nordiskt Medicinkst Arkiv.
N. T. G. Nederlansch Tidjschrift voor Geneeskunde.
N. Y. M. J. New-York medical journal.
O. P. Obozremié Psichiatric.
P. Il Policlinico.
P. A. Pflüger's Archiv für die gesammte Physiologie.
P. K. J. Psykiatricheskaïa klinike journal.
Pg. M. Progrès médical.
Ps. M. Presse médicale.
Pv. M. Province médicale.
P. M. C. P. Pesther medizinisch-chirurgische Presse.
P. M. W. Prager medizinische Wochenschrift.
P. N. W. Psychriatrische - Neurologische Wochenschrift.
P. P. Pédiatrie pratique.
Pr. The Practitioner.
P. R. Psychological Review.
P. V. Praktitchesky Vratch.
Q. J. E. P. Quarterly journal of experimental psychology.
Q. J. M. Quarterly journal of medicin.
R. C. Revue de chirurgie.
R. C. A. Roussky chirourguitchewsky archiv.
R. C. C. M. Rivista critica di clinica medica.
R. C. M. B. Revista de ciencias medicas de Barcelona.
R. F. E. Revista frenopatica, española.
R. F. M. C. Revue française de médecine et de chirurgie.
R. H. Revue de l'hypnotisme.
R. H. P. Revue d'hygiène et de police sanitaire.
R. H. L. Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.
R. I. C. M. Revista ibero-americana de ciencias medicas.
R. I. M. C. Revue internationale de médecine et de chirurgie.
R. I. N. Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria ed' elettroterapia.
Re. M. Revue de médecine.
Ri. M. Riforma medica.
Rn. M. Rennes médical.
R. M. E. Revue médicale de l'Est.
R. M. F. C. Revue médicale de Franche-Comté.
R. M. L. Revue de médecine légale.
R. M. M. Revista medica de Minas (Brésil).
R. M. N. Revue médicale de Normandie.
R. M. S. R. Revue médicale de la Suisse romande.
R. N. Revue neurologique.
R. N. P. Review of neurology and psychiatry.
R. N. P. F. Revue v. neurologii, psychiatrii, fysikalni a diœteticke therapii.
R. O. Recueil d'ophtalmologie.
R. Ph. Revue philosophique.
R. Ps. Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale.
R. P. A. Rivista di psicologia applicata.
R. P. B. Revue psychologique de Bruxelles.

R. P. N. Rivista di patologia nervosa e mentale.
R. Sc. Revue scientifique.
R. S. F. Rivista spiramentale di freniatria.
R. S. M. A. Revista de la Sociedad medica argentina.
R. T. Revue de la tuberculose.
R. V. Roussky vratch.
R. V. S. M. Rivista veneta di scienze mediche.
S. Spitalul.
S. C. M. M. Bulletins de la Société clinique de médecine mentale.
S. M. Semaine médicale.
S. M. M. Bo. Bulletins de la Société de médecine mentale de Bordeaux.
S. M. M. Be. Bulletins de la Société de médecine mentale de Belgique.
S. M. S. J. The Scottisch medical and surgical journal.
S. P. M. W. Saint-Petersburg's medizinische Wochenschrift.
T. G. Therapie der Gegenwart.
Th. Thèse de la Faculté de...
T. M. Tribune médicale.
T. Mh. Therapeutische Monatshefte.
T. R. Therapeutische Rundschau.
U. M. N. E. Union médicale et scientifique du Nord-Est.
U. P. M. B. University of Pensylvania medical bulletin.
V. A. Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie für klinische Medizin.
V. G. A. Von Graefe's Archiv für Augenheilkunde.
V. G. M. Vierteljahrschrift für Gericthlichen Medizin und Sanitatswesen.
W. K. R. Wiener klinische Rundschau.
W. K. W. Wiener klinische Wochenschrift.
W. M. W. Wiener medizinische Wochenschrift.
Z. A. B. Zeitschrift für allgemeine Biologie.
Z. A. P. Zeitschrift für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.
Z. B. Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie.
Z. C. Zentralblatt für Chirurgie.
Z. E. P. Zeitschrift für experimentelle Pathologie.
Z. G. Zentralblatt für Gynekologie.
Z. K. C. Zeitschrift für klinische Chirurgie.
Z. K. M. Zeitschrift für klinische Medizin.
Z. N. P. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Z. O. Zeitschrift für Ohrenheilkunde und für die Krankheiten der Luftwege.
Z. P D. T. Zeitschrift für physikalische und diætetische Therapie.
Z. P. P. Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnes organe.
Z. S. Zeitschrift für Sexualwissenschaft.
Z. T. Zeitschrift für Tuberkulose.
Z. U. Zeitschrift für Urologie.

II. — INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ANATOMIE

AXE CÉRÉBRO-SPINAL

Schwalbe. Ueber das Windungsrelief des Gehirns. (Topographie des circonvolutions cérébrales.) (*A. A.*, XXIII, fasc. 2-3, 1908, p. 33). — **Schuster.** Descriptions of three chinese brains presented by Dr Mott to the Museum of the Royal Surgeons. (*J. A. P.*, janv. 1909, p. 161.) — **Ruebel (E.).** Ueber das Gewicht der rechten und linken Grosshirnhemisphäre, im gesunden und kranken Zustand. (Sur le poids de l'hémisphère droit et gauche, à l'état sain et pathologique. (*I. D.* Würzburg, déc. 1908.) — **Kaes (Théod.).** Ueber Rindenmessungen. Eine Erwiderung an Dr K. Brodman. (Mensurations corticales. Réponse au Dr Brodman.) (*N. C.*, XXVIII, nº 4, 15 fév. 1909, p. 178.) — **Brodmann.** Ueber das Vorkommen der sog. Affespalte bei Menschen (Le « Sillon du singe », chez l'homme). (*Berliner Gesellschaft. f. Psychiatrie und Nervenh.*) (S. du 15 fév. 1909, *N. C.* nº 5, p. 283.) — **Ariens-Kappers.** Weitere Mitteilungen in die Phylogenese des Corpus striatum und des Thalamus. (*A. A.*, XXXIII, fasc. 11-12, 1908, p. 321.) — **Karplus et V. Economo (C.).** Bemerkungen zur Faseranatomie der Haube. (Faisceaux de la calotte.) (*Verein f. Psychiatrie und Neurologie* (S. du 9 fév.) — **Hallström.** Ein Beitrag zur Kenntniss von der Gruppierung der Motorischen Bahnen in Seitenstränge der Pyramide. (Groupement des voies motrices dans les cordons latéraux des pyramides.) (*D. Z. C.*, XCVII, fasc. 1-2.) — **Van Valkenburg (C. J.).** Zur Anatomie der Hinterstränge (Kreuzendefasern). (Anatomie du cordon postérieur (fibres décussées). (*N. C.*, nº 1, 2 janv. 1909, p. 2.) — **Saguchi.** Ein Fall von absonderlichen verlauf der Hinterwurzeln in menschlichen verlangerten Mark. (Trajet anormal des racines post. dans la moelle allongée.) (*A. A.*, 31 déc. 1908, p. 619.)

NERFS

Bruce (Alexander). and **J. H. Harvey Dine.** On the origin of the facial nerve. (*R. N. P.*, VI,

12 déc. 1908, p. 682.) — **Harman (N. Bishop)**. On the origin of the facial nerve. (*R. N. P.* VII, 2 fév. 1909, p. 88.) — **Bremer (J.-H.)**. Aberrant roots and branches of the abducent and hypoglossal nerves. (*J. C N. P.*, déc. 1908, p. 619.) — **Morlet**. Branches thoraciques inférieures du plexus brachial. (*Thèse de Paris*, janv. 1909.) — **Olivier**. Anomalie du nerf crural. (*Société anatomique*, 5 fév. 1909.) — **Schwarz (Edward)**. Uber die segmentäre Versorgung des M. rectus abdominis. (*N. C.*, XXVIII, n° 4, 15 fév. 1909, p. 182.)

ANATOMIE COMPARÉE

Peter Thompson. Description of a Model of the Brain of à fœtal cat 20 mm. in lenght. (*J. A. P.*, janv. 1909, p. 135.) — **Elliott Smith**. The cerebral cortex in Lépidosiren, with comparative notes on the interpretation of certain features of the Fore Brain in other vertebrates. (*A. A.*, XXXIII, 20-21, 1908, p. 513.) — **Kellicott**. The growth of the Brain and viscera in the Smooth Dogfish. (*A. J. A.*, déc. 1908, p. 319.) — **Thompson (Caroline B.)**. The commissures and the neurocord cells of the Brain of Cerebratulus lacteus. (*J. C. N. P.*, déc. 1908, p. 641.) — **Boule (L.)**. Recherches sur le système nerveux central du lombric. (*N.*, vol. X, fasc. 1, 15 janv. 1909, p. 13.) — **Norris**. The cranial Nerves of Amphiuma means. (*J. C. N. P.*, déc. 1909, p. 527.) — **Johnston (J.-B.)**. Additional Notes on the cranial nerves of Petromyzents (*J. C., N. P.*, déc. 1908, p. 569.) — **Boas und Paulli**. Ueber den allgemeinen Plan der Gesichtsmuskulatur des Säugetiere. (*A. A.*, XXXIII, 20-21, 1908, p. 497.)

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Marinesco. La cellule nerveuse. (2 vol. *O. Doin*, Paris, 1909.) — **Marinesco (G.)**. Note sur la cytoarchitectonie des circonvolutions rolandiques. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 1, 15 janv. 1909, p. 51.) — **Johnston (J. B.)**. On the significance of the calibre of the parts of the neurone in vertebrates. (*J. C. N. P.*, déc. 1908, p. 601.) — **Cajal (Ramon y)**. L'hypothèse de M. Apathy sur la continuité des cellules nerveuses entre elles. (*A. A.*, XXIII, f., 16, 17, 18, 19, 1908, p. 418-601.) — **Wolff**. Eine Bemerkung in eigenen Sache zu Herrn Ramon y Cajal's Ansatz : « L'hypothèse de M. Apathy sur la continuité des cellules nerveuses entre elles. (*A. A.*, déc. 1908, p. 634.) — **Brock (G.)**. Neurofibrillen. Entwickelung in den Zellen der Hirnnervenkerne des Menschen. (*M. P. N.*, XXV, fasc. 1, janv. 1909.) — **Lugaro (E.)**. Una prova dell' esistenza delle neurofibrille nel vivente. (*R. P. N.*, vol. XIV, janv. 1909, n° 1, p. 1.) — **De Lange (S.-J.)**. La méthode de Marchi. (*N.*, vol. X, fasc. 1, 15 janv. 1909, p. 83.) — **Nageotte (J.)**. A rapid method for staining the myeline, in nerve fibres of the Brain and Spinal cord. (*R. N. P.*, VI, 12 déc. 1908, p. 682.) — **Nageotte (J.)**. Granulations lipoïdes du tissu nerveux. (*C. R. de la Soc. de biologie*, t. LXVI, n° 1, 15 janv. 1909, p. 24.) — **Benedetti**. Contributo ai metodi di colorazione della nevroglia (*Instituto Umbro di scienze e lettere*, 16 janv. 1909.) — **De Vriès (E.)**. Experimentelle Untersuchungen über die Neuroglia. (*Neurolog. psychiatrischer Verein* in Zürich, 9 janv. 1909.) — **Michailow**. Zur frage von der feineren Struktur der peripherischen sympatischen Ganglion. (*A. A.*, XXX, H. 6, 7, 1908, p. 129.) — **Michailow**. Mikroskopische Struktur der Ganglien des Plexus solaris und anderer ganglien des Grenzstranges des N. sympathicus. (*A. A.*, 23 déc. 1908, p. 581.) — **Civalleri**. Contributo allo studio delle terminazioni nervose nel labro del gatto. (Terminaisons nerveuses dans la lèvre du chat.) (*A. A.*, XXXIII, H. 18, 19, 1908, p. 461.) — **Boeke**. Die Innervierung des Muskelsegmente des Amphioxus nebst einigen Bemerkungen über die Endigungsweise der Motorischen Nerven bei den Vertebraten. (Innervation des segments musculaires chez l'amphioxus. Remarques sur les terminaisons motrices chez les vertébrés.) (*A. A.*, XXX, f. 11, 12, 1908, p. 273.) — **Savagnone (Ettore)**. Contributo alla conoscenza della fine struttura dell ipofisi. (*R. I. N.*, II, janv. 1909. fasc. 1, p. 8.) — **Casosco (A.)**. Sulla struttura dell' ipofisi. (*Soc. medico chirurgica di Pavia*, 15 janv. 1909.)

DIVERS

Gibson. Le sinus sphénoïdal. (*J. A. M. A.*, 19 déc. 1908.) — **Manners-Smith**. The variability of the last lumbar vertebra. (*J. A. P.*, janv. 1909, p. 146.) — **Cruchet (R.)**. L'anatomie du thymus humain. (*Acad. des Sciences*. S. du 1er fév. 1909.)

PHYSIOLOGIE

PSYCHO-PHYSIOLOGIE

Peterson (Frederick). The seat of consciousness. (Le siège de la conscience.) (*J. A. Ps.*, III, n° 5, 1909, p. 307.) — **Morton Prince**. The unconscious (suite). (*J. A. Ps.*, III, n° 5, 1909, p. 335.) — **Jones (E. T.)**. The waning of consciousness under chloroform. (Perte de la conscience sous chloroforme.) (*P. R.*, XVI, n° 1, janv., p. 48.) — **Maudsley (H.)**. The physical basis of consciousness. (*J. M. S.*, LV, n° 228, janv., p. 1.) — **Morton Prince**. An introspective analysis of co-conscious life (*J. A. Ps*, III, n° 5, p. 311.) — **Bradley (F. H.)**. On our knowledge of immediate experience. (Nos connaissances sur l'expérience immédiate.) (*Mind*, XVIII, n° 69,

janv., p. 40.) — **Offner** (M.). Das Gedachtnis. (La mémoire.) (*Reuther u. Reichard.*) — **Ring**. The association test and psycho analysis. (*B. M. S. J.*, 7 janv. 1909, p. 16.) — **Tassy** (E.). De la connexion des idées. (*R. Ph.*, XXXIV, n° 2, fév. 1909.) — **Delaon** (Pierre). Lois élémentaires d'association des idées dans la manie et dans la démence. (*J. Ps.*, VI, n° 1, 1909, p. 1.) — **Stransky** (Erwin). Bemerkungen zur Intelligenz Prüfung. (Remarques sur l'épreuve de l'intelligence.) (*W. M. W.*, LIX, n° 5, 30 janv., p. 249, n° 6, p. 327, n° 7, p. 375.) — **Anfimow** (V. J.). Concentration, attention et faculté de travail mental. (*O. P.*, XIII, n° 11, nov.-déc. 1908.) — **Meyer**. The nervous correlate of attention. (*P. R.*, XVI, n° 1, janv., p. 36.) — **Vaschide** (N.) et **Meunier** (R.). La technique de l'attention. (*Ar. N.*, n° 2, fev. 1909, p. 122.) — **Ioteyko, Masuy** et **Dascotte**. Détermination des types de mémoire chez 36 élèves de l'école normale de Mons. (*R. Ps.*, I, f. 4, déc., p. 211.) — **Nellen** et **Marchal**. Contribution à l'étude de la mémoire chez l'enfant. (*R. Ps.*, I, f. 4, déc., p. 222.) — **Ioteyko** et **Kipiani**. Nouveau procédé de détermination des types de mémoire. (*R. Ps.*, I, f. 4, déc., p. 229.) — **Szyc**. État de la psychologie infantile en Pologne. (*R. Ps.*, I, f. 4, déc., p. 274.) **Pick** (A.). Uber das Sprachverständniss. (Sur la compréhension du langage.) (*J. A. Barth-Leipzig*, 1909.) — **Jonckheere** (T.) L'influence du mode d'épellation dans la mémoire de l'orthographe. (*A. Ps.*, t. VIII, n° 30, déc. 1908, p. 189.) — **Ivanoff**. Le dessin des écoliers de la Suisse romande. (*A. Ps.*, t. VIII. n° 30, déc. 1908, p. 98.) — **Maeder** (A.). A propos des symboles. (*J. Ps.*, VI, n° 1, 1909, p. 46.) — **Edridge-Green** (F. W.). Die Wahrnehmung des Lichtes und der Farben. (Perception de la lumière et des couleurs.) (*B. K. W.*, n° 1, 4 janv., p. 12.) — **Ioteyko** et **Stefanowska**. Psycho-physiologie de la douleur. (*R. Ps.*, I, f. 4, déc., p. 260 et *Paris, Alcan*, 1909.) — **Sternberg** (W.). Der Appetit. (*D. M. W.*, n° 51, 17 déc. 1908.) — **Obersteiner**. Die Sinnestaüschungen. (Les illusions des sens.) (*Braumuller, Wien.*, 1909.) — **Sawyer** (Amos). Psychological notes and queries. (Notes et questions psychologiques.) (*A. et N.*, vol. XXX, n° 1, fév. 1909, p. 32.) — **Ferrari** (G. C.). La grande importanza delle cose insignificanti. (*R. P. A.*, Ann. V, n° 1, p. 1.) — **Leduc** (St.). Études d'électro-psycho-physiologie. (*A. E. M.*, 25 déc. 1908, p. 1011.) — **Buchner** (Edward Franklin). Psychological progress in. (*P. R.*, VI, n° 1, 15 janv., p. 1.) — **Veraguth** (O.). Das psychogalvanische Reflexphoenomen. (*Berlin*, 1909.) — **Boris Sidis and Kalmus** (H T.). — A Study of Galvanometric Deflections due to psycho-physiological processes. (*P. R.*, XVI, n° 1, janv., p. 1.) — **Schlub**. La machine à explorer le mensonge. (*S. M.*, XXIX, n° 8, 24 fév. 1909, p. 89.) — **L. Edinger** und **Ed. Claparède**. Ueber Tierpsychologie. (Psychologie animale.) (*Leipzig, J. A. Barth.*, 1909.)

CERVEAU (CENTRES ET NERFS CÉRÉBRAUX)

Munk (Hermann). Ueber die Funktionen von Hirn und Rückenmark (Fonction du cerveau et de la moelle.) (*A. Hirschwald, Berlin*, 1909.) — **Gander**. Das Gehirn und seine Tätigkeit. (*Berziger et Cie Einsiedeln*, 1909.) — **Bergamasco** (I.). La reazione termica della puntura cerebral di Richet. (*R. S. F.*, XXXIV, f. 3, 4, p. 618.) — **Weber**. Ueber die Selbständigkeit des Gehirns in der Regulierung seiner Blutversorgung. (Autonomie du cerveau pour la régulation de sa circulation.) (*A. A. P. Phys. Abt.*, f. 5-6, 1908, p. 459.) — **Variot** et **Lassablière** (P.). Autonomie du développement de l'encéphale dans les retards de la croissance chez les jeunes enfants. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 2, 22 janv. 1909, p. 106.) — **Winkler**. Zur zerebrale Beeinflüssung der Schweissekretion. (Influence du cerveau sur la secrétion sudorale.) (*P. A.*, CXXV, f. 11-12, 1908, p. 584.) — **Monnet** (R.). Les données de la vision. (*J. Ps.*, VI, n° 1, p. 25.) — **Guilloz** (Th.). Sur la répartition de l'énergie dans un spectre au point de vue visuel. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 6, 19 fév. 1909, p. 276.) — **Niessl von Mayendorf** (Erwin). Ueber die physiologische Bedeutung der Hörwindung. (Signification physiologique du labyrinthe.) (*M. P. N.*, vol XXV, f. 2, fév. 1909, p. 97.) — **Biélitzki** (J. K.). Contribution à l'étude du centre cortical du goût. (*O. P.*, XIII, n° 12, déc. 1908.

BULBE (CENTRES ET NERFS BULBAIRES). SYMPATHIQUE

Broeckaert. Ueber die bulbären Kehlkopfcentren. (Sur les centres bulbaires du larynx.) (Laryngologische Gesells.) (*B. K. W.*, n° 3, 18 janv., p. 127.) — **Winternitz**. Ueber Veronatrium und die Erregbarkeit des Atemzentrums. (*M. M. W.*, 15 déc. 1908, p. 2599.) — **Warnekros** (Kurt). Ueber die Funktion des M. Constrictor pharyngis sup. bei der Sprache unter normalen und pathologischen Verhältnissen. (Sur la fonction du M. constrict. sup. du pharynx pour la parole, dans les conditions normales et pathologiques.) (*I. D. Berlin*, déc. 1908.) — **Battelli** (F.) et **Stern** (L.). Excitabilité du nerf vague chez le canard. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 34, 4 déc. 1908, p. 505.) — **Steinberg**. Vagus und Herz. (*Z. A. B.*, LI, f. 4.) — **Rautenberg** (E.). Uber Synergie und Asynergie der Vorhöfe des menschlischen Herzens. (*M. M. W.*, LVI, n° 8, 23 fév. 1909, p. 379.) — **Howell** and **Duke**. A note upon the effect of stimulation of the accelerator nerve upon the calcium potassium and nitrogen metabolism of the isolated heart. (*A. J. Ph.*, 1 déc. 1908, p. 141.) — **Deganello**. Sull' azione della strophantina. (*P.* (Sez-medica), XV, 12, déc. 1908.) — **Busquet** (H.) et **Pachon** (V.). Trémulations fibrillaires du cœur du cobaye sous l'influence du chloroforme. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 2, 22 janv. 1909,

p. 90.) — **Busquet** (**H.**) et **Pachon** (**V.**). Inhibition cardiaque et sels de sodium. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 35, 11 déc. 1908, p. 571.) — **Marvas** (**J.**). Note sur l'action du grand sympathique sur l'accommodation. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 34, déc. 1908, p. 515.) — **Lépine** (**L.**). L'adrénaline agit-elle directement sur les fibres sympathiques. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 35, 11 déc. 1908, p. 563.) — **Kast** (**L.**) et **Meltzer** (**S. J.**). Die Sensibilität der Bauch Organe. (La sensibilité des organes abdominaux.) *M. G. M. C.*, XIX, f. 4, Iéna, 1909 (Fischer.) — **Hertz** et **Schlesinger**. Sensibility of Stomach. (*J. Ph.*, XXXVII, nos 5 et 6.) — **Schlesinger** (**H.**). Zur Lehre von der sensiblen Innervation des Uterus. (*W. K. W.*, n° 5, p. 151.) — **Janet** (**J.**). De l'inhibition genito-urinaire. (*J. Ps.*, VI, n° 1, 1909, p. 42.)

MOELLE

Camp (**Carl D.**). The course of sensory impulses in the spinal cord. (*J. N. M. D.*, vol. XXXVI, n° 2 fév. 1909, p. 77). — **Balint**. Beiträge zur Physiologie und Pathologie der sensiblen Wurzeln. des Ruckenmarks. (*Z. K. M.*, LXVII, 1-3, 1909, p. 7.) — **Barbieri** (**N. A.**). Les racines dorsales ou postérieures des nerfs spinaux sont centrifuges, motrices et trophiques. (*C. R. A. S.*, CXLIII, n° 2, 11 janv., p. 122.) — **Propping**. Die Mechanik der Liquor cerebrospinalis und ihre Anwendung auf die Lumbalanesthesie. (La mécanique du liquide cérébrospinal et son application à l'anesthésie lombaire.) (*M. G. M. C.*, 19 Band. 3 Heft. Iena, 1908.)

NERFS (PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE)

Bardenhauer. Mitteilungen aus dem Gebiete der Nervenchirurgie, mit einer einleitenden Abhandlung uber die anatomische Verheilung der Nervenverletzungen. (Chirurgie des nerfs. Réparation anatomique des plaies des nerfs.) (*D. Z. C.*, XCV, f. 1-3, déc. 1908, p. 24.) — **Bergonié** (**J.**) et **Tribondeau** (**L.**). Résistance du cerveau, des nerfs et des muscles aux rayons X. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 5, 12 fév. 1909, p. 237.) — **Keith** (**Lucas**). On the rate of development of the excitory process in muscle and nerve. (*J. Ph.*, XXXVII, nos 5 et 6, 15 déc. 1908, p. 459.) — **Babkin**. Zeigen die Aktionsströme verschieden rasch zuckender Muskeln des Frosches einen verschieden zeitlichen Verlauf. (*P. A.*, t. CXXV, f. 11-12, 1908, p. 595.) — **Mines** (**G. R.**). On the spontaneous movements of amphibian skelettal muscle in saline solutions, with observations on the influence of Potassium on Calcium chlorides on muscular excitability. (*J. Ph.*, 15 déc. 1908, p. 459.) — **Athanasiu** (**J.**). L'inscription du travail musculaire volontaire, en régime permanent, avec l'ergographe double à bille. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 37, 25 déc. 1908, p. 691.) — **Bennati**. Influenza dei sieri miotossici sulla curva automatica della fatica muscolare. (*Societa medico-chirurgica de Bologna*, 14 déc. 1908.) — **Riehl** (**M.**). Action différente de l'arsenic dans le travail, et le repos musculaire. (*M. M. W.*, 22 déc. 1908, p. 2661.) — **Meltzer** and **Auer**. Is anesthœsia and motor paralysis caused by Magnesium Sats due to asphyxia. (*A. J. Ph.*, 1er déc. 1908, p. 141.) — **Boruttau** (**H.**). — Wesen und Bedeutung der pathologischen Elektrophysiologie. (Nature et signification de l'électrophysiologie pathologique.) (*D. M. W.*, 3, 15 janv. 1909.)

GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

Joris. L'hypophyse au cours de la gestation. (*Académie roy. de médecine de Belgique*. S. du 26 déc. 1908.) — **Livon** (**Ch.**). Contribution à la physiologie de l'hypophyse. (*J. P. P.*, XI, n° 1, janv. 1909, p. 16.) — **Renon** (**Louis**) et **Delille** (**Arthur**). Sur les effets des extraits d'hypophyse. de thyroïde, de surrénale, d'ovaire, employés en injections extra-péritonéales chez le lapin. (2e note.) (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 34, 4 déc. 1908, p. 499.) — **Pal** (**J.**). Ueber die Gefasswirkung des Hypophysen-Extraktes. (Action vasculaire de l'extrait d'hypophyse.) (*W. M. W.*, LIX, n° 3, 16 janv. 1909, p. 137.) — **Livon**. L'hypophyse est-elle un centre réflexe circulatoire. (*M. M.*, 10 déc. 1908.) — **Perrier** (**E.**). Le rôle du thymus. (*Acad. des Sciences*. S. du 11 janv. 1909.) — **Herring**. Hypophyse bei threoipriven Saügern. (*J. A. A.*, n° 24, déc. 1908.) — **Ott** et **Scott**. The Effect of Mammalian pituitary on tetany after parathyreoïdectomy. (*N. Y. M. J.*, 19 déc. 1908, p. 1180.) — **Hermann**. Uber eine neue Method der Transplantation des Schildrusengewebes. (Nouvelle méthode de transplantation de tissu thyroïdien.) (*D. Z. C.*, t. XCVI, f. 46, déc. 1908, p. 440.) — **Basch** (**K.**). Zur Thymus Extirpation beim jungen Huhn. (Sur l'extirpation du thymus chez le poulet.) (*M. K. H.*, VII, 9, déc. 1908.) — **Basch** (**K.**). Ueber die Beziehung der Thymus zum Nervensystem (Rapports du thymus et du système nerveux. (*J. K.*, LXVIII, f. 6.) — **Pankow**. Der Einfluss der Kastration und der Hysterectomia auf das spätere Befinden der operierten Frauen. (Influence de la castration et de l'hystérectomie sur l'état futur des femmes opérées). (*M. M. W.*, An. LVI, n° 6, 9 fév. p. 265.) — **Austoni** (**A.**) et **Tedeschi** (**A.**). Suggli effetti degli estratti di ghiandole surrenali e di ipofisi sue sangue. (*Acad. Medica di Padova*, 29 janv. 1909.) — **Moussu** et **Le Play**. Recherches expérimentales relatives à l'extirpation et à la destruction des capsules surrénales. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 1, 15 janv. 1909, p. 36.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE[1]

Marcuse (H.). Uber tuberöse sklerose. (*Psychiatrischen Verein zur Berlin.* S. du 19 déc.) *Z. N. P.*, n° 4, fév. 1909, p. 129.) — **Durante** (G.). Les fausses scléroses du tissu nerveux. Pseudo-fibrosarcomes, fausses scléroses. (*Ps. M.*, 13 janv. 1909, p. 25.) — **Moriyasu** (R.). Beiträge zur pathologischen Anatomie der Psychosen. (Contribution à l'anatomie pathologique des psychoses.) (*A. P. N.*, vol. XLV, n° 1, 1909, p. 280.) — **Mingazzini** (G.). Sillons et circonvolution du cerveau des aliénés. (*Ar. N.*, n° 1, janv. 1909, p. 3.) — **V. Leonovna-Lange.** Zur Pathologischen Entwicklung des Zentral-nervensystems. Das Verhalten der Rinde der Sulci calcarini in einem Falle von Mikrophtalmia bilateris congenita. (Sur le développement pathologique du système nerveux central. Atrophie de l'écorce de la scissure calcarine dans un cas de microphtalmie congénitale bilatérale.) (*A. P. N.*, vol. XLV, n° 1, 1909, p. 77.) — **Ladame** (Ch.). L'histologie pathologique des maladies mentales. (*E.* IV, n° 2, 10 fév. 1909, p. 116.) — **Lhermitte** (J.). Les cellules muriformes dans l'encéphalite paralytique. (*E.*, IV, n° 1, 10 janv., p. 32.) — **Marinesco** (G.). Sur la neurotisation des foyers de ramollissement cérébral. (*R. N.* et *C. R. S. B.*, t. LXV, n° 34, 4 déc. 1908, p. 526.) — **Spiller** (W.-G.) Tumour malformations of the central nervous system. (*R. N. P.*, déc. 1908, p. 677.) — **Weber** (R.). De quelques altérations du tissu cérébral dues à la présence de tumeurs (*suite*). (*I. S.*, XXI, n° 5, p. 359.) — **Nageotte** (J.). et **Léon Knidberg** (M.). Lésions fines du cervelet : I. Nodosités des prolongements protoplasmiques des cellules de Purkinje. II. Tuméfaction fusiforme du cylindre-axe des cellules de Purkinje. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n°s 34 et 35, 4 et 11 déc. 1908, n°s 517 et 551.) — **Redlich.** Kleinhirnatrophie. (*Gesellsch. f. inn. Mediz. und Kinderheilk. zu Wien.* S. du 28 janv.) — **Dupré** et **Lhermitte** (J.). Deux cas de myosclérose atrophique rétractile sénile avec autopsie. (Soc. de neurol.). (*R. N.*, An. XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 4343.) — **Zalla** (M.). I fenomini cellulari nella degenerazione walleriana dei nervi periferici. (*R. P. N.*, vol. XIX, janv. 1909, n° 1, p. 6.) — **Francini.** I. Nevromi. (*Academia dei fisiocritici in Siena*, 23 déc. 1908.) — **Shiota** (H.). Ueber die tuberculoïden Veränderungen der peripheren Nerven bei Lepra nervosum. (Lésions tuberculoïdes des nerfs dans la lèpre.) (*M. G. M. C.* XIX.) — **Tenchini** (L.). Sulla morfologia della ghiandola tiroïde nei pazzi. (*R. S. F.*, XXXIV, f. 3-4, 1908, p. 764.) — **Hansemann** (V.). Di Luxation des Schädels als Sektions methode. (La luxation du crâne comme méthode d'autopsie). (*Z. A. P.*, t. XX, f. 1, 15 janv. 1909.)

PROCÉDÉS D'EXAMEN CLINIQUE

PONCTION LOMBAIRE

Kansch. Ein Instrument zur lumbalen Punktion, Injektion, und Druckmessung und ein Verfahren der Letzeren. (*D. M. W.*, n° 8, 17 déc. 1908. S. 2217.) — **Le Filliatre.** Dose maxima de liquide céphalo-rachidien dans la ponction lombaire. (*J. M. P.*, n° 5, 30 janv. 1909, p. 49.) — **Nizzi** (F.) **et Pighini** (G.). La pressione osmotica del siero e del liquido cephalo-rachidieno in alcune malattie mentali. (*R. S. F.*, XXXIV, fasc. 3-4, 1908, p. 405.) — **Wirth** (K.). Untersuchungen der Zerebrospinal-flussigkeit, nach Nonne-Appelt, zur Bestimmung pathologischer Eiweisskörper. (Recherches sur le liquide céphalo-rachidien, d'après le procédé de Nonne-Appelt, pour la détermination des corps albumineux pathologiques.) (*Gesellch. f. inn. Medizin und Kinderfilk.* in Wien. S. du 14 janv. 1909.) (*W. M. W.*, n° 5, 30 janv., p. 284.) — **Mestrezat** (W.) **et Gaujoux** (E.). Analyse du liquide céphalo-rachidien dans un cas d'hydrocéphalie consécutive à un gliome du cervelet. Contribution à l'étude de cette sécrétion. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 6, 16 fév. 1909, p. 259.) — **Bramwell** (Edwin). The diagnostic und thérapeutic value of lumbar puncture. (*C. S.*, 1er janv. 1909, p. 177.) — **David** (A.). La ponction lombaire dans les processus nerveux chroniques. (*J. S. M. L.*, 30 janv. 1909.) — **Dufour** (R.). Du liquide céphalo-rachidien hémorragique dans un cas d'insolation. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 5, 12 fév. 1909, p. 209.) — **Malatesta** (R.). La puntura lombare della diagnosis e nella terapia dei traumi cranio encephalaci. (*Acad. de fisiocrit. de Siena*, 23 déc. 1908.) — **Colomb.** Ponction lombaire dans un traumatisme du crâne. Guérison. (*A. M. N.*, déc., 1908, p. 454.) — **Sicard.** La lymphocytose rachidienne résiduelle chez les hémiplégiques et les paraplégiques syphilitiques. (*Soc. de neurol. R. N.*, an., XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1338.) — **Baron.** Der Eiweissgehalt und die Lymphozytose des Liquor cerebrospinalis bei Säuglingen mit Lues congenita. (Albumine et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien chez les nourrissons hérédo-syphilitiques. (*J. K.*, 2 janv. 1909, p. 25.)

1. L'anatomie pathologique des diverses entités morbides se trouve aux paragraphes consacrés à ces affections.

— **Oppenheimer.** Lumbar puncture in otology. (*N. Y. M. J.*, 19 déc. 1908, p. 1176.) — V. **Paralysie générale, Maladie du sommeil, Syphilis nerveuse, Tumeurs cérébrales.**

RÉFLEXES

Noïca et Marbé. L'étude sur l'état des réflexes tendineux et cutanés chez les nourrissons. *C. R. S. B.*, LXV, n° 37, 25 déc. 1908, p. 640.) — **Jacobsohn (L.).** Ueber dem Fingerbeugereflex. (Le réflexe en flexion des doigts.) (*D. M. W.*, 12 nov. 1908, p. 1971.) — **Lewy (F.-H.).** Die Hervorrüfung des Babinski'schen Phaenomen durch elektrische Reizung. (Signe de Babinski par excitation électrique.) (*M. P. N.*, XXV, f. 1, janv. 1909.) — **Obregia (Al.).** Sur un réflexe pathologique particulier conjonctivo-mentonnier. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 1, 15 janv. 1909, p. 57. — **Marbé (S.).** Note sur le réflexe conjonctivo-mentonnier. (*Soc. de neur. R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 247.) — **Steinberg (Hugo).** Ueber einem contralateralen plantar Reflex. (*B. K. W.*, 7 déc. 1908, p. 2183.) — **Marbé (S.).** Le réflexe plantaire paradoxal. La transformation morphologique du réflexe plantaire. (*R. N.*, Ann. XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1357.) — **Levi (E.).** Ricerche sul fenomeno della trepidazione del pieda insorgente in individui normali durante la narcosi chirurgica. (*Academici medico-fisica di Firenze.* S. du 28 janv. 1909.) — **Babinski (J.).** Quelques remarques sur le mémoire de M. Ettore Levi. (*E.*, n° 1, 10 janv., p. 40.) — **Noïca.** Sur l'importance des réflexes osseux dans l'étude de la physiologie de la moelle. La théorie de Hitzig sur le mécanisme des mouvements associés. (*R. N.*, Ann. XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1351.) — **Bertolotti.** A propos des réflexes cutanés croisés. (*R. N.*, n° 2, 30 janv. 1909, p. 57.) — **Plönies.** Gesteigerte Reflexerregbarkeit und Nervosität in ihren ätiologischen Beziehungen zu den funktionellen Störungen und Reizerscheinungen der Magenläsionem; mit Berücksichtigung des Einflusses der Anämie und Unternährung. (Augmentation de l'excitabilité des réflexes et nervosité dans ses rapports étiologiques avec les troubles fonctionnels des lésions stomacales. Influence de l'anémie et de l'hypo-alimentation.) (*A. P. N.*, vol. XLV, n° 1, 1909, p. 192.) — V. **Hoesselin (R.).** Ueber den Verlust der Sehnenreflexe bei funktionellen Nervenkrankheiten. (Perte des réflexes tendineux dans les maladies fonctionnelles des nerfs.) (*M. M. W.*, 15 déc. 1908, p. 2597.) — V. **Chorée, hystérie.**

SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE

ATONIES. — **Joseph V. Csiky.** Ueber die Messung der Hypotomie. (Sur la mesure de l'hypotonie.) (*D. M. W.*, n° 48, 1908.) — **Levi Sirugue.** L'atonie musculaire congénitale. (*G. H.*, n°, 6 fév. 1909, p. 173.) — **Hartenberg. (P.)** Variations et mesure du tonus musculaire à l'aide d'un myotonomètre. (*Ps. M.*, n° 6, 20 janv. 1909.)

PARALYSIES. — **Babinski.** Monoplégie brachiale organique (mouvements actifs et mouvements passifs). (*Soc. de neur.*, 5 fév., *R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 218.) — **Raïmiste (J.).** Deux signes d'hémiplégie organique du membre inférieur. (*R. N.*, t. XVII, n° 3, 15 fév. 1909, p. 125.) — **Bouchaud.** Hémiplégie cérébrale spasmodique survenue à l'âge de douze ans. Arrêt de développement des membres paralysés, hémi-ataxie, hémianesthésie. (*J. S. M. L.*, 28 nov. et 5 déc. 1908.) — **Long (E.)** et **Noïca.** Absence de contracture et état insuffisant des réflexes tendineux dans un cas d'hémiplégie cérébrale infantile. (*Soc. de neurol. R. N.*, an. XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1332.) — **Faure (Maurice).** Les paraplégies des vieillards. (*Société de l'internat des hôpitaux de Paris,* 28 janv. 1909.)

CONTRACTURES. — **Freund (L.).** Kontraktur der kleinen Finger und Hyperhydrosis der Hände. (*Gesellschaft der Aerzte in Wien.* S. du 26 fév.) — **Polack. (A.).** Contracture du releveur de la paupière inférieure gauche. (*Soc. d'ophtalmologie* du 9 fev. 1909.) — **Erben.** Contracture myogène consécutive à une fracture du bras. (*K. K., Gesellschaft der Arzte in Wien.* S. du 15 janv. 1909.) — **Criegern.** Zur Behandlung der Spätkontrakturen der Hemiplegiker. (Traitement des contractures tardives des hémiplégiques.) (*F. M.*, 10 janv. 1909, p. 2.) — **Piéchaud.** Contribution à l'étude de la contracture ischémique de Volkmann. (*Thèse de Bordeaux*, 20 janv. 1909.) — **Noïca.** Sur la contracture des membres inférieurs en flexion. (*Soc. de neur.*, 5 fév. *R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 228.) — V. **Hystérie.**

TREMBLEMENTS. — **Cheylard (M.).** Contribution à l'élude du tremblement essentiel héréditaire. (*Thèse de Montpellier,* 30 janv. 1909.) — **Meige (H.).** Trémophobie avec remarques sur les torticolis convulsifs et certains tremblements. (*R. N.*, n° 1, 15 janv. 1909, p. 1.) Voy. **Mal de Basedow, épilepsie** : Leufoldt.

NYSTAGMUS. — **Sauvineau.** Pathogénie du nystagmus. (*R. N.*, XVII, n° 3, 15 fév. 1909, p. 117.) — **Dransart et Famecion.** Étude du nystagmus professionnel. Ses rapports avec les traumatismes en général. (*A. G. M.*, n° 12, déc. 1908, p. 749.) — **Maupetit.** Étude clinique sur le nystagmus rythmique provoqué. (*Thèse de Bordeaux,* 11 déc. 1908.) — **Lombard.** Le nystagmus giratoire et l'épreuve de rotation. (*Pg. M.*, 7 et 8, p. 97.) — **Lombard.** Le nystagmus rythmique

provoqué comme moyen de diagnostic des états fonctionnels de l'appareil vestibulaire. (*Pg. M.*, n° 50, 12 déc. 1908, p. 861.) — **Biancone** (**Giovanni**). Sul nistagmo volontario. (*R. P. N.*, vol. XIV, f. 2, fév. 1909, p. 53.) — **Pyle**. Unilateral voluntary nystagmus. (*J. A. M. A.*, 5 déc. 1908, p. 1939.) — **Pietri** et **Maupetit**. Du nystagmus rythmique provoqué dans les affections intéressant l'appareil vestibulaire. (*R. H. L.*, n° 4, 23 janv.)

SPASMES. — **Lanel**. Le spasme fonctionnel (crampe des écrivains). Étiologie et traitement. (*Ps. M.*, n° 8, 27 janv. 1909, p. 67.) — **Variot** et **Bonniot**. Sur l'hémispasme de la lèvre inférieure. (*Société de pédiatrie*. S. du 16 fev. 1909.) — **Schlesinger** (**Wilhelm**). Spasmus palatinus (*Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien*. S. 3 déc. 1908.) — **Méry**, **Guillemot** et **Auwe**. Vomissements incoercibles chez un nourrisson aerophage, spasmes œsophagiens. (*Soc. de pédiatrie*. S. du 15 déc. 1908.)

CHORÉES. — **Tommasi-Crudeli**. Ricerche intorno alla eziologie ed alla anatomia patologica della corea gesticolatoria. (*R. S. F.*, XXXIV, 3-4, 1908, p. 417.) — **Siegert**. Chorea im Kindesalter (Chorée dans l'enfance.) (*M. K.*, n° 50, déc. 1908.) — **Babonneix**. Les réflexes dans la chorée de Sydenham. (*A. M. E.*, n° 12, déc. 1908, p. 816.) — **Powels** (**Arthur**). Chorea und Geistestörungen. (Chorée et troubles mentaux.) (*I. D.*, Königsbergs, juill. 1908.) — **Delcourt** (**A.**) et **Sand** (**R.**). Un cas de chorée de Sydenham terminé par la mort. (*A. M.E.*, déc. 1908, n° 12, p. 826.) — **Baduel**. Corea grave curata col solfato di magnesio per via intrarachidea. (*Instituto Umbro di Scienze e lettere, Sez di med. e Chir.*, 16 janv. 1909.) — **Claude** (**H.**) et **Lhermitte** (**J.**). Syndrome choréique avec troubles mentaux chez un débile alcoolique. Mort par septicémie. Examen histologique. (Soc. de Psych.) (*E.*, IV, 2, 10 janv. 1909, p. 163.) — **André-Thomas**. Traitement de la chorée de Sydenham. (*La Clinique*, IV, n° 8, 19 fév. 1909, p. 119.) — **Koster**. Die Behandlung der Chorea. (*D. M. W.*, 1, 7 janv. 1909, p. 14.) — **Curschmann**. Eine neue Chorea Huntington Familie. (*D. Z. N.*, XXXV, f. 3, 4.)

ATHÉTOSE. — **Briand** (**M.**). Athétose familiale, double et croisée, chez une débile persécutée. (*Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale*, n° 5, déc. 1908, p. 127.)

TÉTANIE. — **Glaserfeld**. Die Epithelkörperchen und ihre Beziehungen zur Pathogenese der Tétanie. (Les glandules parathyroïdes et leurs rapports avec la tétanie.) (*B. K. W.*, 3, 18 janv., p. 112.) — **Eiselberg** (**V.**). Tetania strumipriva. (*Gesellsch. f. innere Medizin und Kinderhlk., in Wien.*) (S. du 11 fév..) — **Goodrich** (**Ch.-H.**). Appendicites and Tetany. (*A. S.*, t. XLVIII, f. 192, déc., p. 859.) — **Escherisch** (**Th.**). Die Tetanie der Kinder. (La tétanie de l'enfant.) (*A. Holder. Wien. et Leipzig*, 1909.) — **Escherich**. Ein Fall von chronischer Tetanie in ersten Kindesalter. (Un cas de tétanie chronique dans la première enfance.) (*W. M. W.*, 5 déc. 1908, p. 2674.)

ÉPILEPSIE. — **V. Paranoïa**. Rabinowistch. — **Marchand** (**L.**). De l'épilepsie. (*G. H.*, n° 13, 2 fév. 1909, p. 147.) — **Flood**. Observations on epilepsy. (*B. M. S. J.*, 17 déc. 1908, p. 820.) — **Stern** (**Richard**). Eine statische Théorie der Epilepsie. (*W. K. R.*, XXIII n°s 4, 5, 6, 7; 24 et 31 janv. 1909, p. 81, 97.) — **Kuhlmann** (**Alfred**). Beitrag zur Frage der Ammons Veränderungen bei Epilepsie. (Contribution à l'étude des altérations de la corne d'Ammon dans l'épilepsie.) (*I. D., Strassburg*, XLIV, déc. 1908, et *A. P. N.*, f. 3.) — **Claude** (**H.**) et **Schmiergeld** (**A.**). Les glandes à sécrétion interne chez les épileptiques. (*E.*, IV, n° 1. 20 janv. p. 1.) — **Tintemann**. Harnsaüre und epileptischer Anfall, Stoffwechseluntersuchungen bei Kombination von Diabetes mellitus und Spätepilepsie. (Acidité urinaire et accès épileptique. Recherches sur la nutrition dans l'association de diabète sucré et d'épilepsie tardive.) (*M. P. N.*, f. 6, déc. 1908, p. 508.) — **Serog**. Recherches sur les relations de l'épilepsie et des effets de l'alcool. (*K. P. N.*, f. III, f. 2, 1908.) — **Dieulafé**. Appendicite et épilepsie réflexe. (Soc. de chir., 20 janv.) (*B. S. C.*, n° 3, 26 janv. 1909, p. 88.) — **Parhon** (**C.**) et **Urechia** (**I.**) Quelques considérations sur l'influence de la menstruation sur la fréquence des accès d'épilepsie. (*J. N.*, XIII, n° 23, 5 déc. 1908, p. 441.) — **Leupoldt**. Forme particulière du tremblement chez les épileptiques. (*K. P. N.*, III, f. 2, 1908.) — **Cruchet** (**R.**). Sur un cas de rythmie salutatoire d'origine épileptique. (*G. H.*, n° 17, 11 fév. 1009, p. 199.) — **Bornstein**. Paroxysmale Lähmung. (Paralysie paroxysmale.) (*D. Z. N.*, XXXV, f. 5 et 6, 1908.) — **Lenghi** (**Qencio**). Un caso di afasia comiziale de Fournier. (*P.*, XVI, 1, 1909, p. 21.) — **Rodiet**, **Pansier** et **Cans**. Les yeux pendant l'attaque d'épilepsie. (*J. N.*, XIV, n° 3, 5 fév., p. 41.) — **Hoppe** (**Hermann H.**). Idiopatic status hemiepilepticus and genuine focal epilepsy. (*J. N. M. D.*, vol. 35, n° 12, déc. 1908, p. 737.) — **Marchand** (**L.**) et **Petit** (**G.**). De l'épilepsie chez les déments séniles. (*R. Ps.*, XIII, n° 2, fév. 1909, p. 61.) — **Glass**. Ueber transitorische, epileptische Bewustseins Störungen mit Wandertrieb. (Troubles épileptiques transitoires de la conscience, avec fugues. (*Militarärztliche Gesellschaft München*. Séance du 17 déc. 1908.) — **Tobben**. Ueber die gerichtsärztliche Bedeutung der epileptischen Dammerzustände. (Sur la signification medico-légale des états crépusculaises épileptiques. (*V. G. M. S.*, XXXVI, 4, 1908.) — **Siemerling** (**E.**). Epileptische Psychosen und ihre Behandlung. (Psychoses épileptiques et leur traitement.) (*B. K. W.*, XXVII, n° 1, 4 janv., p. 1.) — **Minet** et **Verhaege**. Épilepsie essentielle; trépanation mastoïdienne pour mastoïdite; état de mal épileptique consécutif simulant les accidents céré-

braux, guérison. (*E. M. N.*, t. XII, n° 52, 27 déc. 1908.) — **Forel (Aug.)**. Le traitement d l'épilepsie. (*Soc. Vaudoise de Med*, 19 déc. et *R. M. S. R.*, 20 janv. 1909, p. 5.) — **De Clérambault**. Migraine. Aphasie et parésie transitoires. Une seule attaque (éthylisme). Fugue inconsciente. Fugue consciente. Tendance au suicide. (*S. C. M. M.*, II. n° 2, fév. 1909, p. 41.) — **Wahl**. Les traitements modernes des épileptiques. (*A. M. P.*, LXVII, n° 1, 1909, p. 14.) — **Hermann Lundborg**. Sur la méthode de traitement métatropique de Toulouse-Richet contre l'épilepsie. (*A. P. N.*, t. XLIV, f. 3, 1908.) — **Haymann**. Nouvelles préparations de brome dans la cure de l'épilepsie. (*M. K.*, n° 50, 13 déc. 1908.) — **Motti**. Influenza del carbonato d'ammonio sul decorso dell epilepsia. (*R. S. F.*, XXXIV, 3, 4, 1908, p. 384.) — **Ciccarelli (Fr.)**. La terapia calcica nell' epilepsia. (*P. (Sez. prat.)*, Ann. XVI, 31 janv. 1908, f. 5, p. 133.) — **Ciccarelli (Fr.)**. La terapia calcica nell' epilepsia (suite). (*P. (Sez. prat.*, Ann. XVI, f. 6, 7 fév. 1909, p. 166.) — **A. Palumbo**. Ancora della terapia calcica nell' epilepsia. (*P. (Sez. pratica)*, XVI, f. 9, 28 fév. 1909, p. 280.) — **Colucci (C.)**. Il polso cerebrale e il polso radiale nell' epilepsia jacksoniana traumatica. (*R. P. A.*, Ann. V.- n° 1, p. 59.)

ÉCLAMPSIE. — **Little (Joshua)**. An address on puerperal Eclampsia. (*B. M. J.*, 5 déc. 1908, p. 1668.) — **De Bovis (R.)**. La théorie placentaire de l'éclampsie puerpérale. (*S. M.*, Ann. XXVIII, n° 50, 9 déc., 1908, p. 589.) — **Graf (R.)** et **Landsteiner (K.)**. Versuche uber die Giftigkeit des Bluserums bei Eklampsie. (Recherches sur la toxicité du serum sanguin dans l'éclampsie.) (*Z. G.*, 4. janv. 1909.) — **Desnoux**. Hémorragie cérébrale chez une éclamptique. (*Société d'obstétisque de Paris*, 21 janv. 1909.) — **Leitz**. Clinique, statistique et thérapeutique de l'éclampsie. (*Arch. f. gynœk*, Bd. 87, H. 1, 1909, p. 78.) — **Carbonnel**. Traitement de l'éclampsie puerpérale à la maternité. (*Thèse, Paris*, 7, janv. 1909). — **Mangiagalli (L.)**. La cura dell' accesso eclampsico mediante il veratrum viride in cento casi di eclampsia. (*M.*, Ann. LI, part. II, f. 2, n° 6, janv. 1909, p. 81.) — **Baisch (K.)**. Die Therapie der Placenta praevia und der Eklampsie. (*M. M. W.*, LVI, n° 3, 19 janv. 1909, p. 118.) — **Rabinowistzch (L.)**. Beiträge zur Therapie der Eklampsie. (Mit besonderer Berucksichtsgung der Nierendecapsulation.) (Avec considération particulière sur la décapsulation des reins.) (*I. D., Freiburg*, janv. 1909.) — **Kehrer**. Die Nierendekapsulation bei Eklampsie. (Décapsulation des reins dans l'éclampsie. (*Zeitschrisft fur Gynäkologische Urologie*, t. I, f. 2, déc. 1908.) — **Schroder**. Dei Eklampsie der Schwangeren und Gebärenden in gerichtsärztlicher Beziehung mit Verwertung eines einschlägigen Falles. (L'éclampsie des femmes enceintes et des parturientes dans ses rapports avec la médecine légale. (*V. G. M.*, XXXVI, 4, 1908.)

CONVULSIONS. — **Kronthal** Von Krampf. (*Berliner gesellschaft f. Psych. und Nervenk.*, 15 fév. (*N. C.*, n° 5, fév. 1909, p. 282.)

MÉNINGISME. — **Pésina (M.)**. O pathogenese meningismu. (*R. N. P. F.*, n° 1, janv. 1909, p. 1. — **Pésina (M.)**. O pathogenese meningismu. (Sur la pathogénèse du méningisme.) (*R. N. P. F.*, an VI, n° 2, février 1909, p. 52.) — **Dubadié (P.)**. Contribution à l'étude du méningisme. (*Thèse de Montpellier*, 2 fév. 1909.)

TROUBLES DE LA COORDINATION. — **Skala**. Prispevek k uceni o ataxii. (Contribution à l'étude de l'ataxie.) (*R. N. P. F.*, VI, n° 2, fév. 1909, p. 47.) — **Wimmer**. Astasie-Abasie. (*D. Z. N.*, fasc. 5 et 6, 1908.)

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ. — **Cornet**. Ein Sensibilitätsprufer. (*M. M. W.*, 15 déc. 1908. S. 2615.) — **Cornelius**. Der objektive Nachweis der subjektiven peripherisch nervösen Beschwerden. (La recherche objective des troubles subjectifs nerveux périphériques.) (*D. M. W.*, 53, 31 déc. 1908, p. 2300.) — **Haskovec (Lad.)**. Sur la valeur de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. (*R. N.*, n° 2, 30 janv. 1909, p. 53.) — **Kurt Goldstein**. Zur Frage der cerebralen Sensibilitäts storungen von spinalen Typus. (Troubles de la sensibilité de type spinal.) (*N. C.*, XXVIII, n° 3, 1er février 1909, p. 114. — **Raymond**. Le syndrome de Brown-Sequard. (*R. I. M. C.*, 25 déc. 1908, p. 461.) — **Lichtenstein (Mme Hermine)**. Demonstration einer Kranken mit Kompressions-myelitis und ganz atypischer Sensibilitäts-störung. (Myélite par compression. Troubles atypiques de la sensibilité.) (*Ges f. inn. Med. und Kinderh. in Wien, W. M. W.*, n° 5, 30 janv., p. 282.) — **Ehret**. Zur Kentniss der senilen Anesthasien. (Pour la connaissance des anesthésies séniles.) (*M. M. W.*, LV, 31, 22 déc. 1908, p. 2660.) — **Calligaris (Giuseppe)**. Intorno ad alcune forme di anesthesia nella lepra e nella gangrena delle estremità. (Sur quelques formes d'anesthésie dans la lèpre et la gangrène des extrémités.) (*R. I. N.*, vol. II, fasc. 2, fév. 1909, p. 61.) — **Lambert (A.)**. L'hémianopsie bi-temporale, syndrome de la lésion du chiasma optique. (*Thèse de Montpellier*, 2 déc. 1908.) — **Elschnig**. Rechtseitge Amaurose und linksseitige temporale hemianopsie. (Amaurose droite et hémianopsie temporale gauche.) (*Verein deutscher aerzte zu Prag*. S. du 22 janv. 1909.) — **Angelis (Ph.)**. Hémianopsie moyenne droite avec cécité verbale pure. (*J. Pr.*, n° 7, 13 fév. 1909.) — **Pop-Avramesco (Al.)**. Anisocorie dépendant d'une anisométropie. (*R. N.*, XVII, n° 4, 28 fév. 1909, p. 177.)

TROUBLES DU LANGAGE. — **Giannulli**. L'insula di Reil in rapporto all' anartria ed all afassia. (*R. S. F.*, XXXIV, 3-4, 1908, p. 131.) — **Bauer (F.)**. Ein Fall von Aphasie. (*W. M. W.*, n° 7,

13 fév., p. 383.) — **Dupérié** (R.). Aphasie totale. (Observation et autopsie.) (*Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*. S. du 7 déc. 1908. *J. M. Bo.*, n° 8, 21 fév. 1909, p. 119.) — **Penzoldt**. Fall von fast reiner und vollständiger motorischen Aphasie mit Erhaltensein der Sprache für einzelne erlernte Satzreihen. (Un cas d'aphasie motrice presque pure et complète avec conservation du langage pour quelques phrases apprises (prières, chansons, etc.) (*Aerztlicher Bezirksverein Erlangen*. S. du 10 décembre 1908.) — **Zuckermann** (B.). Ueber den Wortschatz der Aphatiker. (Sur les mots conservés par les aphasiques.) (*I. D., Strassburg*, janv. 1909.) — **Goldstein** (Kurt). Einige Bemerkungen uber Aphasie im Anschluss an *Moutiers* « l'aphasie de Broca ». (Quelques remarques sur l'aphasie en conclusion à l'aphasie de Broca, de Moutiers.) (*A. P. N.*, vol. XLV, n° 1, 1909, p. 408.) — **Vincent** et **Dumolard**. Aphasie motrice et monoplégie brachiale droite consécutive à une fracture étendue de la voûte du crâne à gauche. Trépanation, compression de la région de Broca par une esquille osseuse. Guérison de l'aphasie et de la monoplégie. (*Soc. de neur.*, 5 fév. *R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 232.) — **Pagès** (Louis). Un type particulier de paraphasique. (*G. S. M. B.*, n° 4, 24 janvier 1909, p. 37.) — **Cotard**. Contribution à l'étude séméiologique du psittacisme et de ses divers aspects en clinique psychiatrique. (*Thèse de Paris*, 6 janv. 1909.) — **Stern** (Hugo). Sprachstörungen im Kindesalter. (*Klub. der Wiener Kinderärzte*. S. du 23 fév.) — **Maas** (Paul). Die Sprache des Kindes und ihre Störungen. (*Kalitsch. Wurzbourg*, 1909.) — **Senet** (Rodolfo). Las glosolalias ó estoglosias infantiles. (*A. P. C.*, VII, nov.-déc. 1908, p. 652.) — **Costantini** (F.). Sopra un caso de dislexia. (*Soc. Laneisiana degli ospedali di Roma*, 23 janv. 1909.) Voy. : **Panaroïa** : Calevras. **Hystérie** : Laignel-Lavastine. **Épilepsie** : Longhi.

MIMIQUE. — **Dromard**. La mimique chez les aliénés. (*F. Alcan, Paris*, 1909.)

AGNOSIE. — **Malling**. Astéréognose. (*Hopitalstid.*, n° 49, déc. 1908.)

APRAXIE. — **Régis** (E.). Un mot sur l'apraxie. (*J. M. Bo.*, n° 6, 7 février 1909, p. 85.) — **Bechterew**. Ueber die Lokalisation der motorischen Apraxie. (*M. P. N.*, XXV, fasc. 1, 1er janv. 1909. — **Laignel-Lavastine** et **Boudon**. Apraxie idéatoire. (*R. N.*, XVII, n° 4, 28 fév. 1909, p. 165.)

MÉMOIRE. — **Corcket**. Un cas d'amnésie rétrograde générale et totale. (*L'année médicale de Caen*, 1er fév. 1909. — **Delmas**. Un cas d'amnésie par tentative de pendaison. (*Soc. de psych. E.*, III, n° 12, déc. 1908, p. 627.) — **Rauschberg**. Façon et valeur de la mensuration de la mémoire dans les affections psychiques et nerveuses. (*K. P. N.*, t. III, fasc. 2, 1908.) — **Patini** (E.). Una nuova teoria sulla paramnesia e sugli errori di riconoscimento nei normali e negli anomalati di mente. (*An. N.*, XXVI, fasc. 3-4, p. 129.

JUGEMENT. ASSOCIATIONS. — **Hoppe** (H.). Beitrag zur Pathologie der Erkenntniss. (Pathologie du jugement.) (*Z. N. P.*, n° 275, 1908, p. 909.) — **Rosenfeld**. Zum Nachweis einiger Sejunktionsvorgänge bei funktionnellen Psychoses. (*Z. N. P.*, XIX, n° 275, déc., p. 889.)

ASYMBOLIE. — **Reich**. Asymbolie als Störung der Reproduktion. (*Berliner Gesellch. fur. Psych. und Nervenh.*, 13 juill. 1908. *Z. N. P.*, XXXII jahr., n° 278, janv. 1909, p. 45.)

ORIENTATION. — **Walhe** (R.). Ueber Orientierungsstörungen. (Sur les troubles de l'orientation.) (*D. M. W.*, 3. 15 janv. 1909.)

VISION. — **Balint** (R.). Seelenlähmung des Schauens, optische Ataxie, räumliche Störung der Aufmerksamkeit. (*M. P. N.*, XXV, 1er janv. 1909.) — Voy. **Troubles de la sensibilité**.

HALLUCINATIONS. — **Naville** (Ernest). Hallucinations visuelles à l'état normal (2e article.) (*A. Ps.*, t. VIII, n° 30, déc. 1908, p. 200.) — **Goldstein** (Kurt). Théorie des hallucinations. Études sur la perception normale et pathologique ; conclusion. (T. XLIV, fasc. 3, 1908.) — **Pick** (A.). Bemerkungen uber das Realitätsurteil von den Halluzinationen. (Remarques sur la part de réalité des hallucinations.) (*N. C.*, 2, 16 janvier 1909, p. 66.) — **Seglas** et **Cotard**. Deux cas de psychose hallucinatoire. — **Kuszynski**. Demonstration eines Falles von Zwangshalluzination. (*Psychiatrischer Verein zu Berlin*. S. du 19 déc.) (*Z. N. P.*, n° 4, fév. 1909, p. 131.)

DÉLIRES. — **Legendre** (P.). Goutte et délire. (*B. M.*, XXIII, n° 11, 10 fév. 1909, p. 128.) — **Suttet**. Un cas de délire à deux. (*Ar. N.*, nov.-déc. 1908, p. 364.) — **Dupré** (E.) et **Froissart** (P.). Un cas de délire onirique. (*E.*, III, n° 12, déc. 1908, p. 593.) — **Dupré** (E.). Un cas de délire collectif. (*Soc. de psychiatrie. E.*, IV, 2, 10 janv. 1909, p. 162.) — **Marie** et **Barrilhet**. Délire hypocondriaque. Appendicite ancienne. Pyonéphrose. Lésions anciennes des poumons et des testicules. (*Bull. de la Soc. clin. de méd. mentale*, n° 5, déc. 1908, p. 145.)

STÉRÉOTYPIES. — **Leroy** et **Delmas**. — Stéréotypies de l'attitude, du mouvement et du langage chez une démente. (*Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, n° 5, déc. 1908, p. 143.)

ANOREXIE. — **Boulade-Périgois**. Anorexie nerveuse chez une fille de neuf ans. (*A. M. E.*, n° 12, déc. 1908, p. 837.)

ONYCHOPHAGIE, ETC. — **Briand** (Marcel) et **Brissot**. — Un cas d'onycho-trichophagie chez une démente mélancolique. (*Soc. clin. de méd. ment. R. Ps.*, XIII, n° 2, fév. 1909, p. 102.) — **Thompson** (A.-D.). Foreign Bodies in the Stomach and Liver of a Dement. (Corps étrangers dans l'estomac et le foi et d'un dément.) (*J. M. S.*, 4, n° 228, janv., p. 91.)

PERVERSIONS SEXUELLES. — **Hirschfeld.** Methodik der Sexualwissenchaft. (*Z. S.*, n° 12, dec. 1908.) — **Hospital (P.).** De l'interversion des habillements sexuels. (*A. M. P.*, XLVII, n° 1, 1909, p. 29.) — **Merzbach (G.).** Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. (Les manifestations morbides de l'instinct sexuel.) (*Hölder, Wien et Leipzig*, 1909.) — **Aronsohn (O.).** Ein seltener Fall von perverser Sexual-betätigung. (Un cas rare de perversion sexuelle.) (*D. M. W.*, 4, 22 janv.) — **Porosz.** Homosexualität, und perversität. (*Z. U.*, fasc. 12, déc. 1908.) — **Witry.** Quelques notes historiques sur l'homo-sexualité en France. (*R. H.*, n° 7, janv. 1909, p. 208.) — **Sadger.** Heilbarkeit der Kontr. Sexualempfindungen. (Guérison de l'homosexualité.) (*Z. S.*, n° 12, dec. 1908.) — **Percy.** Aberrations sexuelles dans la vieillesse. (*J. A. A.*, n° 24, déc. 1908.) — **Sadjer.** Zur Aetiologie der Kontraren Sexualempfindung. (*M. K.*, 10 janv. 1909, n° 2, p. 53.) **Cruchet (R.).** Trichotillomanie, onanisme et péotillomanie. (*G. S. M. B.*, ann. XXX, n° 7, 14 fév. 1909, p. 74.) — **Féré (Ch.).** Une anomalie de l'amour parental. (*J. Ps.*, VI, n° 1, p. 18.)

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

CERVEAU

ANENCÉPHALIE. — **Heubner.** Nervose Leistung eines Anencephalus. (Fonctions nerveuses chez un anencéphale.) (*Hufelandische Gesellschaft*, S. du 14 janv.; *B. K. W.*, n° 5, p. 224.)

HYDROCÉPHALIE. — **Ludlam.** Hydrocephalus; *N. Y. M. J.*, 26 déc. 1908, p. 1207. — **Villemin.** L'hydrocéphalie; C. n° 3, 17 janv. 1909, p. 39. — **Schnitzer.** Kongenitaler Hydrocephalus. (*Wissenschaftichen Verein der Aerzte* zu Stettin. S. du 8 déc. 1908.) — **Maygrier.** Un cas d'hydrocéphalie. (*Société d'obstétrique de Paris*, 21 janv. 1909). — **Strumpell.** Ungeheuer Hydrocephalus bei einem 8 Monate alten Kinde. (*Mediz. Sekt der Schlesischen Gesellschaft fur vaterlandische Kultur* in Breslau. S. du 11 déc. 1908.) — **Rhein.** Cerebellar symptoms in Hydrocephalus, with a pathological report of a case associated with Syringomyela. (*J. A. M. A.*, 5 décembre 1908, p. 1933.) — **Rochon-Duvigneaud et Coutela.** Deux cas de microphtalmie chez des hydrocéphales. (*Soc. d'ophtalmologie de Paris.* S. du 1er déc. 1908)

TRAUMATISMES. — Voy. Ponction lombaire. — **Gard.** Some neurological and psychological aspects of shock. (*Pedag. Seminary*, déc. 1908, p. 439). — **Yoshikawa.** Ueber feinere Veranderungen im Gehirn nach Kopftrauma. (Sur les altérations fines du cerveau après les traumatismes craniens.) (*A. Z. P.*, LXV, 6, 1908, p. 901). — **Inorye.** Die Storungen bei Schussverletzung der Kortikalen Sehsphäre. (Les troubles par coups de feu...) (*Engelmann. Leipzig.*, 1909.) **Benedikt (Moritz).** Traumatisme cranien. Hemiparésie. Crises épileptiques. Démence. (*K. K. Gesellschaft der Arzte*, in Wien. S. du 29 janv. 1909.) — **Noyer (A.).** Fracture limitée avec enfoncement de la voûte du crâne. Hemiplégie gauche complète. Opération. Guérison. (*R. F. M. C.*, n° 1, 10 janv. 1909, p. 11.) — **Richaud (G.).** Enfoncement de la voûte du crâne suivi d'aphasie transitoire. Guérison spontanée, sans accidents consécutifs. (*Pv. M.*, n° 8, 20 fév. 1909, p. 82.) — **Hill (Robert).** Compound, comminuted, and depressed fracture of the skull with laceration of brain and rupture of middle meningeal artery. (*L.*, 26 déc. 1908, p. 1870.) — **Marx (H.)** et **Marx (K.).** Zur Lehre von den Brüchen des Schadeldaches. (Des fractures de la voute cranienne.) (*V. G. M. S.*, XXXVI, 4, 1908.) — **Mingazzini.** Uber Symptome infolge von Verletzungen des Occipitallappens durch Geschosse (Signes consécutifs aux lésions du lobe occipital par coups de feu.) (*N. C.*, XXVII, n° 231, 1er déc. 1908, p. 1112.) — **Maclaren.** Traitement des fractures de la base du crâne. (*B. M. J.*, n° 2504, 26 déc. 1908.) — **Joffroy (A.).** Troubles mentaux consécutifs à l'électrocution. (*E.*, III, n° 12, déc. 1908, p. 553.)

TUMEURS CÉRÉBRALES. — **Glasow.** Beitrag zur Kasuistik der Hirngeschwülste. (*A. P. N.* vol. XLV, n° 1, 1009, p. 310.) — **Souques (A.).** Tumeurs cérébrales frustes. (Forme hémiplégique.) (*R. N.*, Ann. XVI, n° 23, 15 déc. 1908, p. 1250.) — **Gayet (G.)** et **Moncharmont (M.).** Tumeur cérébrale. Craniectomie. Aphasie motrice postopératoire. (*L. M.*, n° 7, 14 fév. 1909, p. 309.) — **Anton.** Ueber Selbstheilung von Gehirntumoren. (Guérison spontanée des tumeurs cérébrales.) (*Aerztverein zu Halle.* S. du 20 janv.). — **Masera.** Paralisi multipla dei nervi cranici da tumore della base. (*R. C. C. M.*, IX, n° 40, 12 déc. 1908, p. 789.) — **Rummo (Gaetano).** I tumori della base dell' encefalo. (*Ri. M.*, Ann. XXV, janv. 1909, nos 1 à 6, p. 1, 57, 86, 113, 141 et n° 7, p. 169.) — **Trommer.** Tumoren der Hirnbasis. (*Arztlichen Verein in Hamburg*, 15 déc. et *N. C.* n° 3, p. '165.) — **Henning (Fr.).** Die Lumbalpunktion bei Hirntumoren. (Ponction lombaire dans les tumeurs cérébrales.) (*I. D., Greifswald*, déc. 1908.) — **Strauss.** Gliome cérébral avec participation de la pie-mère. (*N. Y. M. J.*, 5 déc. 1908.) — **Maas (O.).** Multiple tumoren im Bereich des Centralnervensystems. (*Berliner Gesellschaft für Psych. und Nervenkkht.* S. du 15 fév.) (*N. C.*, n° 5, p. 283.)

ENCÉPHALITES. — **Bertelsen (E.)** et **Henning-Ronne.** Ein Fall von Polioencephalitis mit Asso-

zierter Blicklahmung supranuklearen Ursprungs (Polioencéphalite avec paralysie oculaire de cause supranucléaire.) (*M. P. N.*, Bd XXV, h. 2, février 1909, p. 148.) — **Judson** and **Camcross.** Infantile polioencéphalitis in a child of 4 years; With recovery. (Polioencéphalite chez un enfant de quatre ans. Guérison.) (*A. J. M. S.*, déc. 1908, p. 1137.) — **Oertel.** Fall von Encephalitis serosa. (*Berliner otologische Gesellschaft.* S. du 15 janvier.)

ABCÈS CÉRÉBRAUX. — **Oppenheim** (**H.**) et **Cassirier** (**R.**). Der Hirnabscesz. (*Wien und Leipzig Holder*, 1909.) — **Heyde.** Zur Bakteriellen Ätiologie und Klinik der Hirnabzesses. (Sur l'étiologie bactérienne et la clinique des abcès du cerveau.) (*D. M. W.*, 51, 17 déc. 1908.) — **Kafka** (**V.**) Zwei mit Erfolg operierte Gehirnabscesse. (*Cas. ces. lek.*, 1908, p. 348.) — **Baldenweck** (**L.**). Les collections suppurées intra et extra-cérébrales d'origine otique. (*A. M. O.*, nos 11, 12, 1, nov., déc. 1908, janv. 1909.) — **Coakley.** Intracranial lésions consécutive to nasal and assessory sinus infections. (*J. A. M. A.* 9 janv. 1909, p. 108.) — **Hashimoto, Kuwiwa** et **Mori.** Sur les abcès du cerveau consécutifs aux plaies par balle, dans la guerre russo-japonaise. (*Archiv. f. Klinische Chirurgie*, t. LXXXVIII f. 2, 1909, p. 479.). V. **Southard** et **Ayer.** Démence précoce.

HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE. — **Carter.** Dilatation of the posterior cerebral vessels with basal hœmorrage in a girl of 16. (*B. M. C. J.*, déc. 1908, p. 322.) — **Spiller.** The duration of life after extensive hœmorrage of the Brain. (Durée de la vie après hémorragie cérébrale étendue (*J. A. M. A.*, 19 déc. 1908, p. 2102.) — **Reginald Allen** (**Alfred**). Delayed apoplexy (Spaetapoplexie) with the report of a case. (Hémorragie en nappe. Apoplexie tardive). (*J. N. M. D.*, vol. 35, n° 12, déc. 1908, p. 763.)

RAMOLLISSEMENT. — **Raviart** (**G.**). et **Cannac** (**R.**). Cécité corticale par ramollissement bilatéral des lobes occipitaux, hémiparésie gauche avec hémianopisie hemonyme latérale gauche dues à un ramollissement du lobe occipital droit. (*Soc de Médecine du Nord* et *Province médicale*, n° 7, 13 fév. 1909, p. 70.)

SYNDROMES RÉGIONAUX. — **Dieulafoy.** Localisation et nature d'une affection cérébrale. (*J. Pr.*, 26 déc. 1908, p. 839.) — **Krause** (**F.**). Kasuistisches zur Frage der Hirnverletzungen (Hufelandische ges.) (*B. K. W.*, n° 2, 11 janv., p. 78.) — **Wendt.** Anciens et nouveaux problèmes du cerveau, d'après 1078 cas recueillis dans la statistique de l'Institut royal, pathologique, anatomique de Munich. (*Librairie de la ärtzl. Rundschau, Munich*, 1909.) — **Pélissier.** Des paralysies laryngées phonatoires et respiratoires d'origine cérébrale. (*Thèse Lyon*, 9 déc. 1908.) — **Giannelli** (**A.**). Contributo alla sintomatologia delle lesioni del Corpo calloso. (Contribution à la symptomatologie des lésions du corps calleux. (*Societa Lancisiana degli ospedali di Roma.* S. du 23 janv. 1909.) — **Catola** (**Guinio**). Kasuitischer Beitrag zur Kenntnis der Balkengeschwülste. (*N. C.*, XXVIII, n° 3, 1er fev. 1909, p. 120.) — **Mondio** (**Guglielmo**). Emianestesia e persistente, seguita a paralisi ed anestesia generali e transitorie, e ad afasia transitoria. (Sindrome talamica capsulare posteriore) in dipenza di un unica causa traumatica. (*R. I. N.*, déc. 1908. p. 546.) — **Chèze.** Contribution à l'étude du syndrome du noyau de Deiters. (*Thèse de Lyon*, 12 dec. 1908.) — **Klippel** et **Pierre Weil.** Syndrome labio-glosso-laryngé pseudo-bulbaire héréditaire et familial. (*Soc. de neurologie.*) (*R. N.*, n° 2, 30 janv. 1909, p. 102.) — **Zosin.** Contribution à l'étude du syndrome pédonculaire : un cas avec hémiplégie gauche et ophtalmoplégie totale latérale. (*Soc. de neurologie.*) (*R. N.*, n° 2, 30 janv. 1909, p. 116.)

LÉSIONS CÉRÉBELLEUSES

Lejonne (**P.**) et **Lhermitte** (**G.**) — Atrophie olivo et rubro-cérébelleuse. (*Société de neurologie. R. N.* n° 2, 30 janv. 1909, p. 109.)

ABCÈS DU CERVELET. — **Biggs.** Un cas d'abcès cérébelleux suivant une suppuration de l'oreille moyenne. Opération. Mort. (*L.*, 12 déc. 1908, n° 4450.) — **Lubet-Barbon.** Abcès du cervelet, suite de mastoïdite et de phlébite du sinus. Guérison. (*Soc. de laryng., d'ot. et de rhin. de Paris.*) (S. du 11 déc. 1908.)

TUMEURS. — **Berthaux** et **Burnier.** Les tumeurs du cervelet chez l'enfant et leur traitement chirurgical. (*A. G. C.*, n° 1, janv. 1909.) — **Ziehen.** Zur Differentialdiagnose des Kleinhirntumors. (*M. K.*, n° 1, 1909, 3 janv., p. 9.) — **Rubritius.** Zwei Fälle von Kleinhirnbruckenwickelwtumor. (*Verein deutscher Arzte zu Prag.*) (S. du 11 déc. 1908.)

LÉSIONS BULBAIRES

Byrom-Bramwell. — A remarkable case of hæmorrage of the Pons Varolii and Medulla oblongata. (*E. M. J.*, II, n° 2, fév. 1909, p. 129.) — **Vilsch** (**M.**). Uber einen Fall von ependymaren Gliom des 4 Ventrikels. (*N. C.* XXVIII, n° 3, 1er fév. 1909, p. 123.) — **Renon** et **Monier-Vinard.** Syndromes bulbaires multiples. (*B. S. M. H.*, 11 déc. 1908.)

MOELLE

TRAUMATISMES. — **Vasilin.** Două cazuri de fractură a coloanei vertebrale în regiunea dorso-

lombara. (*S.*, an. XXVIII, n° 23, 24, 15-31 déc. 1908, p. 545.) — **D'Abundo** (**G.**). Sintomatologia tabetica con iperpsicrestesia consecutiva a ferita da punta del midollo spinale. (*R. I. N.*, vol. Ii, janv. 1909, fasc. 1, p. 1.) — **Bouchaud**. Paralysie spasmodique du membre inférieur droit et troubles de la sensibilité dans la région lombo-abdominale du même côté, consécutifs à une chute sur le bassin. (*J. N.*, XIII, n° 24, 20 déc. 1908, p. 461.)

HÉMATOMYÉLIE. — **Kurt Mendel**. Ein Fall von Hämatomyelie. (*Berlin Gesells. f. Psych. und Nerv.*, 14 déc. 1908. *Z. N. P.*, 32 jahr., n° 278, janv. 1909, p. 50.)

MAL DES CAISSONS. — **Wassermeyer**. Beitrag zur Lehre von der Caissonmyelitis. (Contribution à l'étude de la myélite des caissons.) (*B. K. W.*, n° 6, 8 fév., p. 246.) — **Faber**. Caisson Krankheit. (*Aerztlicher Verein zu Hamburg*. S. du 8 déc. 1908.)

TUMEURS. — **Oppenheim** (**H.**) **et Krause** (**F.**). Demonstration eines operativ behandelten Falles von Tumor am Cervicalmark. (*Hufelandische Gesellschaft. B. K. W.*, n° 2, 11 janv., p. 78.) — **Kuttner**. Fünf Fälle von Rückenmarkstumoren (*Breslauer chirurgische Gesellschaft. B. K. W.*, n° 2, 11 janv. 1909, p. 81.)

COMPRESSION MÉDULLAIRE. — **Lichtenstein** (**Hermine**). Demonstration einer Kranken mit Kompression Myelitis und ganz atypischer Sensibilitätsstörungen. (Un cas de myélite par compression et troubles atypiques de la sensibilité.) (*Gesells. f. innere Medizin und Kinderheilk., in Wien. W. M. W.*, n° 5, 31 janv., p. 282.) — **Saenger**. Extramedullär gelegenen. Tumor. (*Aerztlicher Verein in Hamburg*, 15 déc. *N. C.*, n° 3, p. 168.)— **Krause** (**Fedor**). Fibrosarkom der Ruckenmeackshaüte in der Höhe des 2 bis 4 Halswirbel-bogens. (*Berliner Medizinische Gesellschaft. B. K. W.*, n° 2, 11 janv. 1909, p. 77.)

PARALYSIES INFANTILES. POLIOMYÉLITES. — **Ruzicka**. Poliomyélitis anterior acuta. (*Gesells. f. innere Medizin und Kinderheilkunde*. S. du 11 fév.) — **M'Kee** (**J.-H.**). Symptomatology of anterior Poliomyélitis.) (*I. C.*, IV, 1908, p. 240.) — **Zabriskie**. Diagnosis of paralysis in early life. (*A. Pd.* dec. 1908.) — **Gardres**. Sur les formes très étendues de la paralysie spinale infantile. (*Thèse de Toulouse* 7 janv. 1909.) — **Raymond**. Reliquats de paralysie infantile. (*J. Pr.*, 9 janv. 1909, p. 23.) — **Haynes**. Causative factors of paralysis in early life. (*A. Pd.*, déc. 1908, p. 897.) — **Bertelotte**. Polomyélite antérieure à début simulant une luxation de la colonne vertébrale. *A. E. R.*, déc. 1908, p. 826.) — **Townsend**. Mechanical Treatment of paralysis of early life. (*A. Pd.*, déc. 1908, p. 922.) — **P. Barbarin et Bruneau de Laborie**. Traitement de la paralysie infantile. (*C.*, 4 déc. 1909, n° 49, p. 778.) — **Sayre**. Surgical treatment of paralyses of early life. (*A. Pd.*, déc. 1908, p. 915.) — **Romeiser**. Electrotherapy in paralysis of early life. (*A. Pd.*, déc. 1908, p. 904.) — **Mayer** (**Ernst**). Zur Behandlung schwerer Kinderlähmungen. (Du traitement des paralysies infantiles graves.) (*D. M. W.*, 53, 31 déc. 1908.) — **O. Vulpius**. Résultats dans le traitement des paralysies infantiles graves. (*M. M. W.*, n° 51, 22 déc. 1908, p. 2663.)

TABES. — **Grasset**. Le tabes, maladie de la sensibilité profonde. (*Montpellier, Coulet et fils*. Paris. Masson, 1909.) — **Tedesko**. Ein Fall von Tabes. (*Gesellsch. f. innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien*. (S. du 11 fév.) — **Flesch**. Halbseitige Tabes (T. unilateral). (*Gesellschaft f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien*. S. du 11 fév.) — **Ostankow** (**P. A.**). Gastrische Krisen des Tabiken als Folge-erscheinungen des Morphinus. (Crises gastriques du tabes comme conséquences de la morphine. (*N. C.*, n° 1, 2 janv. 1909, p. 14.) — **Brauer**. Tabische gastrische Krise mit echtem Koterbrechen. (Crise gastrique tabétique avec véritable vomissement fécaloïde.) (*Aerztlicher Verein zu Marburg*. S. du 16 déc. 1909.) — **Kollarits** (**G.**). Blutbrechen bei Crises gastriques tabétiques. Sektion befund. (Hématémèses dans les... Résultats d'autopsie.) *N. C.*, n° 1, 2 janv. 1909, p. 11.) — **Tolot** (**G.**). et **Froment** (**J.**). Contribution à l'étude de l'état anatomique de l'estomac dans les crises gastriques. (*L. M.*, n° 8, 21 fév. 1909, p. 395.) — **Dufour** (**H.**) et **Cottenot**. Tabes et grossesse. Vomissements graves (incoercibles) par crises gastriques tabétiques. (*R. N.*, an. XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1345.) — **Dufour** (**H.**) et **Cottenot**. Tabes et grossesse. Vomissements incoercibles par crises gastriques (2e observation.) (*B. S. M. H.*, XXVII, n° 5, 11 fév. 1909, p. 211.) — **Conzen** (**Fr.**). Uteruskrisen bei Tabes. (*N. C.*, n° 1, 2 janv. 1909, p. 18.) — **Klippel** et **Lhermitte** (**J.**). Les crises nasales du tabes. (*S. M.*, XXIX, n° 7, 17 fév. 1909, p. 73.) — **Wagner** (**L.**). Ein Fall von Tabes mit Bulbärsymptoms. (Un cas de tabes avec symptômes bulbaires. (*B. K. W.*, n° 2, 11 janv. 1909, p. 59.) — **Halbey** (**Kurt**). Tabes dorsalis und akute (apoplektische) Bulbärparalyse. (*N. C.*, n° 1, 2 janv. 1909, p. 7.) — **Lhermitte** (**J.**). Comme quoi certaines amyotrophies du tabes reconnaissent une origine syphilitique. (*S. M.*, XXVIII, n° 52, 23 déc. 1908, p. 615.) — **Calcatterra** (**E.**). Le amyotrofie tabetiche ed il concetto anatomo clinico della tabe distrofica. (*M.*, an. LI, part. II, n° 9, 10 fév. 1909, p. 129.) — **Schlesinger** (**H.**). Unempfindlichkeit der Bizepssehne als Tabessymptome. (Insensibilité du tendon bicipital comme symptôme du tabes.) (*Gesellsch. f. inn. Medizin. und Kinderheilk. in Wien*. S. du 14 janv. 1909.) — **Fritz Böhme**. Die Balkenblase als Frühsymptom bei Tabes Dorsalis. (La vessie à colonnes comme symptôme précoce du tabes.) (*M. M. W.*, n° 50, 15 déc. 1908, p. 2610.) — **Bordes**. Considérations sur les troubles psychiques dans le tabes, dans la sclérose en plaques, dans la sclérose latérale amyotrophique. (*Thèse de Tou-*

louse, 17 déc. 1908.) — **Seglas** (J.) et **Vallon** (Ch.). Tabes et delire de persecution (*Soc. méd psych. A. M. P.*, t. LXVII, n° 1, 1909, p. 80.) — **Bonzigues**. Des hallucinations chez les tabétiques. Leur rapport avec les troubles de la vue. (*These de Paris*, 1909.) — **Ballet** (G.) et **Glénard** (R.). A propos des troubles hallucinatoires et délirants observables chez les tabétiques. (*Soc. de psychiatrie. E.*, III, n° 12, déc. 1908, p. 680.) — **Salin**. Le syndrome de paralysie générale chez les tabétiques. (*These de Lyon*, 9 déc. 1908.) — **Parola** (Luigui). Sifilide, tabe e malattie del cuore e dei vasi. (Syphilis, tabes et maladies du cœur et des vaisseaux. (*M.* LI, part. I, n° 1 et 2, janv. et fév. 1909, p. 52.) — **Streflen** (G.). Ueber familiäre und juvenile Tabes mit Infantilismus nach Lues acquisita.) Tabes juvénile et familial avec infantilisme après syphilis acquise.) (*W. K. W.*, n° 5.) — **Milian**. A propos du pyramidon contre les douleurs fulgurantes du tabes. (*G. H.*, n° 138, 1er déc. 1908, p. 1648.) — **Frantz Nagelschmidt**. Tabes und Hochfrequenzbehandlung. (Tabes et traitement par la haute fréquence.) (*M. M. W.*, n° 49, 8 déc. 1908, p. 2527.) — **Kron**. Tabes fragen. (*M. P. N.*, déc. 1908, p. 479.) — **S. Erben**. Klinische Beobachtungen bei Ataktiren. (Observations cliniques chez les ataxiques. (*W. K. W.*, n° 48, déc. 1908.)

SYRINGOMYÉLIE. — **Mauson**. Un cas de syringomyélie : rapports possibles avec une méningite cérébrospinale antérieure. (*M. R.*, 5 déc. 1908, n° 1906.) — **Schlesinger**. A propos d'accouchements au cours d'une syringomyélie. (*K. K., gesellschaft der Arzte in Wien*. S. du 15 janv. 1909.)

ATROPHIES MUSCULAIRES. — **Moussons** et **Carles**. Atrophie musculaire progressive. (*A. M. E.*, janv. 1909, p. 42.) — **Bramwell** (**Byron**). Analysis of 42 cases of progressive muscular atrophy. (*C. S.*, 1er janv. 1909, p. 121.) — **Rochard** et de **Champtassin**. Traitement des atrophies musculaires par la méthode des résistances progressives. (*R. C.*, an. XXIX, n° 1, 10 janv. 1909, p. 97.) — **Dupré** et **Monier-Vinard**. Amyotrophie myélopathique scapulobrachiale (type Vulpian. (*Soc. de neur. R. N.*, an. XXI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1343.)

SYNDROMES SPÉCIAUX

MALADIE DE LITTLE. DIPLÉGIE SPASMODIQUE. — **Carles** (F. et **Dupérié**. Diplégie spasmodique. (*Soc. de gynécologie et de pédiatrie*. S. du 19 fév. 1909.)

SCLÉROSE EN PLAQUES. — **François**. Étude sur l'étiologie et la pathogénie de la sclérose en plaques. (*Thèse de Paris*, 18 fév. 1909.) — **Wallbaum**. Ueber multiple Sklerose nach psychischen Shock. (Sclérose en plaques après shock psychique.) (*D. M. W.*, 1 et 10 déc. 1908, p. 2042 et 2159.) — **Raymond**. Rapport sur un travail de M. le professeur Marinesco, intitulé : « Deux cas de sclérose en plaques améliorés par la radiothérapie. » (*B. A. M.*, n° 44, janv. 1909, p. 15.) — **Gehlinger**. Contribution à l'étude de la sclérose en plaques infantile. (*E. M. N.*, nos 4 et 5, janv. 1909.) — **Raymond** et **Touchard**. Sclérose en plaques débutant par des troubles mentaux, simulant la paralysie générale. (*Soc. de neur.*, 5 fév. *R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 224.) — **Raymond**. Les troubles mentaux dans la sclérose en plaques. (*J. Pr.*, XXIII, n° 9, 27 fév. p. 131.) Voy. **Bordes** : Tabes.

MALADIE DE FRIEDREICH. HÉRÉDO-ATAXIE CÉRÉBELLEUSE. — **Meltzer**. Ein Fall von Friedreichscher Krankheit mit Diabetes mellitus. (Un cas de maladie de Friedreich avec diabète sucré.) (*M. M. W.*, n° 48, 1er décembre 1908, p. 2492.) — **Müller** (W.). Zur pathologischen Anatomie der Friedreichschen Ataxie. (*W. K. R.*, 49, 50, 51, 52, déc. 1908.) — **Vincent**. Contribution à l'étude du syndrome d'hérédo-ataxie cérébelleuse. (*Michalon. Thèse de Paris*, 28 janv. 1909.) — **Bauer** et **Gy**. Maladie de Friedreich et hérédo-ataxie cérébelleuse dans une même famille. (Maladie de Friedreich avec lymphocytose rachidienne.) (*Société de neurologie*, 7 janv. 1909. *R. N.*, n° 2, 30 janv. 1909, p. 97.) — **Merzbacher**. Weitere Mitteilungen über eine eigenartige hereditär-familiäre Erkrankung des Centralnervensystems. (*M. K.*, n° 51, déc. 1908.) — **Raymond** (F.) et **Lhermitte** (J.). Sur un cas de maladie familiale de l'appareil cérébelleux. (*Soc. de neur. R. N.*, n° 24, 28 fév. 1909, p. 235.)

MYASTHÉNIE. — **Claude** (H.) et **Vincent** (Cl.). Seconde présentation d'un cas de myasthénie bulbospinale. (*Soc. de neurologie. R. N.*, an. XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1330.)

PATHOLOGIE DES ENVELOPPES

COLONNE DORSALE

Kirk. Operative treatment of spinal caries. (*M. P.*, 2 déc. 1908, p. 603.) — **Brewer** et **Wood**. Blastomycosis of the Spine. (*A. S.*, déc. 1908, p. 889.) — **Oddo**. Spondylose rhizomélique. Rhumatisme ankylosant vertébral. (*Acad. de médecine*, 2 fév. 1909.) — **Haenal** (**Hans**). Osteoarthropathia vertebralis. (*N. C.*, t. I, 2 janv. 1909, p. 20.) — **Sablé** (J). et **Fonlatier** (A.). A propos de deux cas de paraplégie pottique. Quelques réflexions sur le traitement du mal de Pott et ses résultats. (*J. S. M. L.*, 20 fév. 1909.) V. **Compression et traumatismes médullaires.**

MÉNINGOCÈLE. — **Göppert** (F.). Heilungsvorgänge nach Amputation einer geplatzten Meningocele sacralis mit Resektion des Conus terminalis. (Processus de guérison après amputation d'une méningocèle ouverte et résection du cône terminal.) (*B. K. W.*, n° 8, 22 fév., p. 345.) — **Metello.** Sur la méningocèle avec procidence de la moelle. (*P. Sezioni Chirurgica*, t. XV, fasc. 12, déc.) — **Houttelette** (G.). Sur un cas de spina bifida lumbo-sacré. (*Petit indépendant médical*, déc. 1908, p. 231.) — **Wada** (G.). Ueber die Hypertrichosis sacro-lumbalis mit Spina bifida occulta. (*I. D.*, Rostock, janv. 1909.)

CRANE.

CRANIOTABES. — **Hochsinger** (K.). Demonstration eines Kindes mit besonders fruhzeitiger und hochgradiger Kraniotiabes (craniotabes précoce et prononcé). (*Ges. f. inn. Medizˇ. und Kind*, in Wien; *W. M. W.*, n° 7, 13 fév., p. 382).

CRANE EN TOUR. — **Romme** (R). Crâne en tour et troubles visuels. (*Ps. M.*, n° 17, 27 fév. 1909, p. 152.) — **Merle** (Pierre). Deux cas d'oxycéphalie. (*I. S.*, XXI, n° 5, 1908, p. 349). — **Hirschberg** (S) et **Grunmach** (E). Ueber doppelseitiges Sehnervenleiden bei Turmschadel. (Lésion bilatérale des nerfs optiques dans le « crâne en tour »). (*Berliner Medizˇinische gesellschaft*, 6 janv.; *B. K. W.*, n° 5, 1er fév. 1909, p. 191. Discussion : n° 3, 18 janv., p. 125).

FRACTURES. — Voy. Traumatismes cérébraux et oreille interne.

TUMEURS. — **Judson Bury.** Two cases of tumour in the middle fossa of the skull. (*M. C.*, déc. 1908, p. 165.) — **Borchardt** (L.). Knochencyste des Hinterhauptbeins. (*Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie und Nervenh.*, 11 janv. 1909 et *N. C.*, n° 3, p. 162.) — **Flesch** (J.). Tumor des Schädelbasis extrakraniellen Ursprunges. (Tumeur de la base du crâne d'origine extracranienne.) (*W. K. W.*, 4 janv.)

SINUS FRONTAL. — **Gerber** (P.-H.). Die Komplikationen des stirnhöhlen Entzündungen. (*Berlin*, 1909, *Karger.*)

OREILLE INTERNE. — **Linck.** Beitrage zur Kenntniss der Ohrverletzungen bei Schädels Fraktur- (*Z.O.*, t. LVII, fasc. 1, déc. 1908.) — **Heine** (B.). Die Untersuchung und Begutachtung der Verletzungen des inneren Ohres. (Recherche et diagnostic des lésions de l'oreille interne.) (*B. K. W.*, n° 7, fév. 1909, p. 285.) — **Stenger.** Ueber Labyrinthverletzungen im Anschluss an Schädelbasishuch. (Lésions du labyrinthe par fracture de la base du crâne.) (*Verein f. Wissenschaftliche Heilkunde zu Koenigsberg.* S. du 21 déc. 1908.) — **Hautant** (A.). Labyrinthite de forme vestibulaire. (*Soc. de laryngol. d'otol. et de rhinol. de Paris.* S. du 11 déc. 1908.) — **Torreta.** Les lésions du labyrinthe non acoustique. (*A. I. L.*, t. XXVI, n° 6, nov.-déc. 1908.)

VAISSEAUX

SINUS. — **Kerr Love.** Abcès périsinusien, avec thrombose du sinus, méningite basale et tumeurs tuberculeuses du front, du cervelet et des deux côtés du cerveau. (*Glasgow. med. chirurg. Society.* S. du 5 fév.) — **Noorhees** (J.-W.). Pansinusitis dextra with paralysis of the right vocal cord. (*M. R.*, 26 déc. 1909, p. 1092.) — **Kauffmann.** Double choléastome. Thrombophlébite du sinus latéral droit. (*P. P.*, n° 24, 15 déc. 1908.) — **Aboulker.** Deux cas de thrombophlébite sinusale. (*R. H. L.*, t. XXIX, n° 51, 19 déc. 1909.) — **Cornet** (P.). Thrombophlébite du sinus latéral gauche. (*B. L. O. R.*, t. XII, 1er janv. 1909, p. 6.) — **Mackie** pericardial (John) and **Bell Tawse** (H.). A case of lateral sinus thrombosis with pyœmic, pulmonary, and complications. (*L.*, 12 déc. 1908, p. 1746.) — **Cange et Aboulker.** Trois cas de phlébite du sinus caverneux. (*A. M. O.*, janv., p. 97.) V. **Hystérie.**

ARTÈRES CÉRÉBRALES. — **Spiller** (William J.). The symptom complex of a lesion of the uppermost portion of the anterior spinal and andjoining portion of the vertebral arteries. (*J. N. M. D.*, vol. XXXV, n° 12, déc. 1908, p. 775.) — **Salusbury Macnalty.** A case of anevrysm of the anterior cerebral artery. (*L.*, n° 4449, 5 déc. 1908, p. 1667.)

MÉNINGES

PACHYMÉNINGITE. — **Legry.** Pachyméningite hémorragique. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 déc. 1908. — **Dejerine** (J.) et **Tinel** (J.). Un cas de pachyméningite cervicale hypertrophique suivi d'autopsie. (*Soc. de neur.*, 5 fév. *R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 240.)

MÉNINGITES TRAUMATIQUES. — **Federschmidt** (Hermann). Zur Aetiologie der traumatischen Meningitis. (*I. D., Universität Erlangen*, déc. 1908.) — **Benedikt.** Traumatisch entstandene Pachymeningitis chronica. (*Gesellschaft der Aerzte in Wien.* S. du 29 janv. 1909.)

MÉNINGITE SÉREUSE AIGUË. — **Axhausen** (G.). Zur Kenntniss der Meningitis serosa acuta. (Pour la connaissance de la méningite...) (*B. K. W.*, n° 6, 8 fév., p. 244.) — **Spiller.** Circumscribed serous spinal meningitis; a little recognised condition amenable to surgical treatment, (*A. J. M. S.*, janv. 1909, p. 95.)

MÉNINGITES INFECTIEUSES. — **Cohoe** (B. A.). Influenzal Meningitis. (*A. J. M. S.*, janv. 1909,

p. 74.) — **Henderson** (G.) et **Ritchie** (W. T.). Gonococcal Meningitis. (*R. N. P.*, VII, 2. fév. 1909, p. 75.) — **Hutinel**. Méningites urémiques, méningites scarlatineuses. (*Pg. M.*, n° 9, 27 fév. 1909, p. 109.) — **Rivet** (L.). La méningite zonateuse. (*C.*, n° 1, 1er janv. 1909 p. 14.)

MÉNINGITE CÉRÉBROSPINALE. — **Rouvier**. De la méningite cérébrospinale. (*Thèse, Bordeaux*, 23 déc. 1908.) — **Stainforth**. Quelques mots sur la méningite cérébrospinale épidémique. (*A. M. B.*, déc. 1908.) — **Théobalt**. Épidémiologie de la méningite cérébrospinale épidémique. (*Thèse, Lyon*, 9 déc. 1908.) — **Gouget** et **R. Bénard**. Méningite cérébrospinale suppurée à streptocoque d'origine otique dans la scarlatine. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 déc. 1908.) — **Teissier, Boudon** et **Duvoir**. Méningite cérébrospinale mortelle à streptocoques, au décours d'une scarlatine. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 déc. 1908.) — **De Milly**. Observation de méningite cérébrospinale otitique; évidement petro-mastoïdien. Guérison. (*R. H. L.*, t. XXIX, n° 49, 5 déc. 1908.) — **Oertel**. Fall von geheilter otogener Meningitis. (*Berliner otologische Gesellschaft*. S. du 15 janv.) — **Maclean (James)**. Un cas de méningite cérébrospinale grave et prolongée. Guérison. (*Glasgow, Medico-chirurgical Society*. S. du 5 fév. 1909.) — **Cohn** (L.). Ueber Folgen der Erkrankung an cerébrospinal Meningitis. (Sequelles de la méningite cérébrospinale.) (*B. K. W.*, 2, 11 janv. 1909, p. 53.) — **Becker** et **Ruhland**. Lymphatic agglutin reaction in a case of epidemic cerebrospinal meningitis. (*J. A. M. A.*, 2 janv. 1909, p. 13.) — **Ribadeau-Dumas** et **Debré** (R.). Envahissement massif du liquide céphalo-rachidien par des microorganismes et absence de réactions cellulaires au cours des méningites cérébrospinales. (*Ps. M.*, 16 janv. 1909, p. 42.) — **Ménétrier** et **Touraine**. Méningite cérébrospinale; injections intra-rachidiennes de collargol. Guérison. — **Ménétrier** et **Mallet**. Méningite cérébrospinale à méningocoques, traitement par les injections intra-rachidiennes de collargol; mort. Étude histologique des lésions de la méningite et de l'action locale du collargol. (*B. S. M. H.*, 11 déc. 1908.) — **Stertz** (G.). Ueber Spinale Lähmungen nach akuten cerebrospinalen Erkrankungen. (*M. P. N.*, XXV, f. 1, janv. 1909.) — **Monti**. Su di un caso poco comune di meningite. (*Soc. méd. chir. di Pavia. M.*, parte II, n° 13, p. 200.) — **Pernod**. Collargol et électrargol. Leur emploi dans la méningite cérébrospinale. (*Th. Lyon*, 10 déc. 1908.) — **Cohen**. État de la question de la sérothérapie antiméningococcique. (*Société clinique des hôpitaux de Bruxelles*, 9 janv. 1909.) — **Dunn** (C. H.). Method of administering antimeningitis serum. (La méthode d'administration du sérum antiméningitique.) (*B. M. S. J.*, n° 23, 3 déc. 1908, p. 743.) — **Netter**. Sur le traitement de la méningite cérébrospinale, en particulier par les injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique. (*B. S. M. H.*, 11 déc. 1908.) — **Fowler** (J. S.). Note sur un cas de méningite de la base traitée par le sérum de Ruppel. Guérison. (*R. N. P.*, VII, 1, janv. 1909, p. 8.) V. **Syringomyélie**.

MÉNINGITES TUBERCULEUSES. — **Gaudeau**. La méningite tuberculeuse chez les jeunes enfants. (*A. M. C. P.*, n° 1, 15 janv. 1909, p. 7.) — **Gehry** (K.). Zur Histopathologie der tuberkulösen Meningitis. (Sur l'histopathologie de la méningite tuberculeuse.) (*A. P. N.*, vol. XLV, f. 1. 1909, p. 59.) — **Manicatide**. Diagnostic batériologique de la méningite tuberculeuse. (*Soc. de biol. de Bucarest. C. R. S. B.*, t. LXV, n° 34, 4 déc. 1908, p. 523.)

MÉNINGITES SYPHILITIQUES. — **Rose** (F.) et **Lemaître** (F.). Méningite crânienne spécifique; tabes? (*Soc. de Neur. R. N.*, an. XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1340.) — **Unger** (E.). Ein operierter Fall von Arachnitis circumscripta, syphilitica der hinteren Schaedelgrube. (Cas opéré de méningite syphilit. circonscrite de la fosse occipitale.) (*B. K. W.*, n° 5, 1er fév. 1909, p. 208.)

MÉNINGITES CANCÉREUSES. — **Schütz** (Otto). Beitrag zur Kenntnis der Metastatischen diffusen Sarkomatose der Hirnhaüte. (*M. P. N.*, Bd XXV, H. 2, p. 138.) — **Sicard** (J.-A.) et **Gy** (A.). Méningite sarcomateuse à prédominance bulbo-protubérantielle, cyto-diagnostic rachidien néoplasique. (*R. N.*, Ann. XVI, n° 23, 15 déc. 1908, p. 1245.) — **Stadelmann** (E.). Zur Diagnose der Meningitis carcinomatosa. (Diagnostic de la méningite cancéreuse.) (*B. K. W.*, 51, 21 déc. 1908, p. 2262.)

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

NERFS

Flatau. Maladies des nerfs périphériques. (*B. Konegen. Leipzig*, 1909.) — **Lemoine** (G.). Névralgies et névrites. (*N. M.*, n° 340, 1er déc. 1908, p. 261-267.) — **Legueu** (F.), **Claude** (H.) **Villaret** (G.). Sur un cas d'atrophie osseuse calcaire consécutive à une névrite. (*E.*, IV, n° 1, 10 janv., p. 52.) — **Raymond**. Atrophie héréditaire de la papille. (*Acad. de medecine*. S. du 2 mars 1909.)

GANGLION DE GASSER. TRIJUMEAU. — **Escat** (E.). Troubles otiques fonctionnels et trophiques dans le zona total ou partiel du trijumeau. (*R. H. L*, 5 déc. 1908.) — **Gram**. Ueber einen Fall von Endotheliom des Ganglion Gasseri. (*M. G. M. C.*, XIX, 3, 1908, p. 457.) —

Kollner. Die Gefährdung der Hornhaut durch die operative Entfernung des Ganglion Gasseri. (Les risques de la cornée dans l'ablation du ganglion de Gasser.) (*M. M. W.*, n° 49, 8 déc. 1908, p. 2531.) — **Heymann (E.).** Ueber neuroparalytische Keratitis nach Exstirpation der Gangl. Gasseri. (*Hufelandische Gesells. B. K. W.*, n° 2, 11 janv., p. 79.) — **Levy (F.).** Traitement des névralgies faciales par les injections d'alcool. (*J. M. P.*, XX, n° 3, 16 janv., p. 24.) — **Georgiades (S.)** et **Tashdjoglon (J.).** Névralgie faciale rebelle guérie par l'alcoolisation. (*J. Pr.*, n 6, 6 fév. 1909, p. 87.) — **Ingelrans.** Les paralysies du trijumeau (paralysie du nerf masticateur et anesthésie de la cinquième paire). (*E. M. N.*, n° 7, 14 fév. 1909.) — **Galezowski (J.).** — Ophtalmoplégie unilatérale totale avec paralysie des branches sensitivo-motrices du trijumeau. (*Soc. de Neur.*, 5 fév. *R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 223.)

NERF FACIAL. — **Waterman (G.-A.).** Facial paralysis. A Study of three hundred out thirty-five cases. (*J. N. M. D.*, vol. XXXVI, n° 2, fév. 1909, p. 65.) — **Falloux.** Les paralysies faciales congénitales. (*Thèse, Paris*, 18 fév. 1909.) — **Milian.** Syphilitic facial paralysis. (*M. P.*, 20 janv. 1909, p. 58.) — **Elschnig.** Abducens und Facialisparese. (*Verein deutscher Aerzte zu Prag.* S. du 22 janv.)

RECURRENT. — **Mosny (E.)** et **Stern.** Paralysie récurrentielle d'origine saturnine. (*B. S. M. H.*, XXVII, n° 5, 11 fév. 1909, p. 225.) — **Osler (W.).** De la paralysie du nerf récurrent gauche dans les affections mitrales. (*A. M. C. V.*, fév. 1909.) — **Siems.** Un cas de paralysie du récurrent gauche chez une femme de 49 ans, survenue le lendemain d'une injection de 20 centimètres cubes de sérum de Roux pour angine suspecte. Traitement par le massage vibratoire extra-laryngé : guérison en 10 jours. (*R. H. L.*, n° 3, 16 janv.) — **Mancioli (T.).** Su due sintomi di lesione del ricorrente. (Bradicardia e anestesia del vestibulo.) (*Archivii italiani di Laryngologia*, f. 1, janv. 1909.)

PLEXUS BRACHIAL. — **Broca.** Paralysie radiculaire supérieure obstétricale. (*J. Pr.*, n° 52, 26 déc. 1908, p. 823.) — **Ewald.** Isolierte Neuritis des Nervus suprascapularis nach Trauma. *M. K.*, n° 2, 10 janv.) — **Bernhardt** et **Zondek.** Zur Pathologie der Medianus und Ulnarislähmung. (Paralysie du médian et du cubital.) (*M. K.*, n° 4, janv.) — **Bellet.** Paralysies radiales par compression chez les marins. (*A. M. N.*, n° 1, janv. 1909.)

NÉVRALGIE INTERCOSTALE. — **André-Thomas.** La névralgie intercostale. (*C.*, n° 5, 29 janv., 1909, p. 67.)

SCIATIQUE. — **Favre** et **Roubier (Ch).** Un cas de sciatique syphilitique. (*L. M.*, 20 déc. 1908.) — **Frankl (V.)** et **Hochwart.** Uber Prognose und Diagnose der Ischias. (*Gesell. f. physik. Medizin. W. M. W.*, LIX, n° 6, 6 fév., p. 336. — **Harris (Wilfred).** The Diagnosis and treatment of sciatica. (*C. J.*, 13 janv. 1909, p. 220.) — **Kahane (Max).** Die Physikalische Therapie der Ischias. (*Ges. f. physik. Medizin. W. M. W.*, LIX, n° 6, 6 fév., p. 335. Discussion, *W. M. W.*, n° 8, p. 433.)

POLYNÉVRITE. V. Beri-Beri.

MAL DE KORSAKOFF. — **Dupré (E.)** et **Charpentier (René).** — Psychopolynévrites chroniques et démence. (*E.*, IV, n° 2, 10 fév. 1909, p. 143.) — **Meyer.** Korsakoff'scher Symptomen Komplex. (*Werein für Wissenschaftliche Heilkunde zur Königsberg.* S. du 8 février.) — **Long-Landry (Mme).** Maladie de Korsakoff. (Psychose polynévritique.) (*C.*, IV, n° 6, 5 fév. 1909, p. 81.) — **Lwoff** et **Féret.** Trois cas de psychose polynévritique d'origine alcoolique. (*S. C. M. M.*, n° 5, déc. 1908, p. 120.)

NEUROFIBROMATOSE. — **Zumbusch (V.).** Un cas de neurofibromatose. (*K. K. Gesellschaft der Arzte, in Wien.* S. des 8 et 22 janv. 1909.)

SYNDROMES DOULOUREUX

ADIPOSALGIE. — **Faber (Erik.).** Ueber Adiposalgie. (*Z. P. D. T.*, janv. 1909, p. 590.) — **Berge, ron.** Un cas d'adipose douloureuse avec participation des gros troncs nerveux. (*N. Y. M. J.* 12 déc. 1908.)

RHUMATISME. — **Clément.** Rhumatisme tuberculeux primitif à forme névralgique. (*L. M.*, 17 janvier 1909, p. 93.)

CÉPHALÉE. — **Graet.** Headaches of ocular and nasal origin. (*M. R.*, 2 janv. 1909, p. 11.)

MIGRAINE. — **Hauber (Fr.).** Migräne und Schmerzdämmerzustände. (*I. D.*, Berlin, janv. 1909.) — **Pailhas.** Un cas de migraine périodique, et loi de périodicité. Réaction sthénique consécutive aux accès. (*Ar. N.*, n° 2 fév. 1909, p. 80.) — **Brugelmann.** Die Migräne, ihre Entstehung ihr Wesen, und ihre Behandlung. (*Bergmann Wiesbaden*, 1909. — **Schuler.** Discussion. (*Verein f. Psychiatrie und Neurologie.* S. du 9 fév.)

ANGINE DE POITRINE. — **Marchiafava (E.).** Interno all' angina pectoris, e specialmente in rapporto alla sua cura. (*Soc. Lancis. degli ospedali di Roma. P. Sez prat.*, XVI, p. 9; 28 fév. 1909, p. 261.)

MUSCLES

PARALYSIES. — **Reubsaët** et **Barbier**. Paralysie associée du grand dentelé. (*Pg. M.*, n° 9, 27 fév. 1909, p. 111.) — **Katzenstein**. Guérison fonctionnelle d'une paralysie du grand dentelé par des transplantations musculaires. (*Soc. de médec. berlinoise*, 2 déc. 1908. — **Samter**. Plastischer Ersatz des gelähmten M. deltoideus durch die claviculare Portion des M. pectoralis Major. (Restauration du deltoïde paralysé au moyen de la portion claviculaire du grand pectoral.) (*Verein f. wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg.* S. du 11 janv.)

MYOPATHIES. — **Jorrand**. Contribution à l'étude de la myopathie primitive, progressive, atrophique. (*Thèse de Paris*, 6 janv. 1909.) — **Landouzy** (**L.**) et **Lortat-Jacob** (**L.**). — Histoire d'un myopathique atrophique du type facio-scapulo-huméral, suivi pendant trente ans. (*Ps. M.*, n° 17, 27 fév. 1909, p. 145. — **Alessandrini**. Le atrofie del tipo Charcot-Marie. (*R. P. N.*, déc. 1908, p. 553. — **Eyriès** (**E.**). Contribution à l'étude de la myopathie à forme pseudo-hypertrophique. (*Thèse de Montpellier*, 22 janv. 1909.) — **Bing** (**R.**). Myopathia rachitica. (*J. K.*, LXVIII, f. 6.) — **Vivicorsi**. De la rétraction des muscles fléchisseurs des doigts. (Maladie de Volkmann.) (*Thèse de Paris*, 10 mars 1909.)

TROUBLES TROPHIQUES

SCLÉRODERMIE. — **Litchtwitz** (**L.**). Ueber einem Fall von Sklerodermie und Morbus Addisonii, nebst Bemerkungen uber die Physiologie und Pathologie des Sympathikus und der Nebennieren. (Sur un cas de sclérodermie et de maladie d'Addison...) (*D. A. K. M.*, XCIV, 6, 1908. — **Stoerk**. Présentation de diverses formes de sclérodermie. (*Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien*, 3 déc. 1908.)

HÉMIATROPHIE FACIALE. — **Claude** (**H.**) et **Sezary** (**A.**). Hémiatrophie faciale progressive. (Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien). (*Ps. M.*, n° 100, 12 déc. 1908, p.

MALADIE DE RAYNAUD. — **Mouisset** et **Chalier** (**J.**). Sur une forme rare de maladie de Raynaud simulant la maladie de Morvan. (*Soc. méd. des hôp. de Lyon. L. M.*, n° 7, 14 fév. 1908, p. 333.)

ERYTHROMELALGIE. — **Kanoky** et **Sutton**. Erythromélalgie. (*J. A. A.*, n° 25, déc. 1908.)

TROUBLES VISCÉRAUX

NEZ. — **Grayson**. Neuroses of the Nose. (*M. R.*, n° 1988, 12 déc. 1908, p. 1088.) V. **Céphalée, Thérapeutique.**

ASTHME. — **Knopf** (**H.-E.**). L'asthme et le bégaiement, deux névroses proches parentes. (*M. M. W.*, n° 51, 22 déc. 1908, p. 2669.) — **Tenay** (**Paul**). Ueber Asthma bronchiale und dessen Behandlung mit Atropin. (*M. K.*, n° 3, 1909.)

CHEYNE-STOKES. — **Cenek Simerka**. Prispevek ku pathologii Cheyne-Stokesova typu respiracniho. (Contribution à la pathologie du type respiratoire de Cheyne-Stokes.) (*R. N. P. F.*, an VI, n° 1 et 2, fév. 1909, p. 7 et 56.)

VOMISSEMENTS. — **Koncheff** (**N.**). Vomissements hivernaux. (*P. V.*, 11 janv. 1909.)

POULS LENT PERMANENT. — **Dumas**. Bradycardies et faisceau de His. (*Thèse de Lyon*, 21 déc. 1908.) — **Souques** (**A.**) et **Chéné** (**H.**). Pouls lent permanent avec lésion du faisceau de His. (*B. S. M. H.*, XXVII, n° 4, 4 fév. 1909, p. 142.) — **Handwerk**. Demonstration eines Herzens bei Adam-Stokes'scher Krankheit. (*Aerztlicher Verein zu München.* S. du 17 fév. 1909.) — **Barie** (**E.**) Syndrome de Stokes-Adams avec rythme couplé dans un cas de double lésion aortique compliquée d'insuffisance mitrale. (*A. M. C. V.*, fév. 1909.) — **Courtois Suffit** et **Chéné** (**H.**). Syndrome de Stokes-Adams chez une uremique. Lésion du faisceau de His. (*B. S. M. H.*, XXVII, n° 5, 11 fév. 1909, p. 190.) — **Souques** (**A.**) et **Chené**. Le pouls lent permanent dans ses rapports avec le faisceau de His. (*B. M.*, XXIII, n° 10, 6 fév. 1909, p. 118.) — **Renon** (**L.**). Le blocage du cœur. (*C.*, IV, n° 8, 19 fév. 1909, p. 113.)

MICROSPHYGMIE. — **Morichau-Bauchant**. Un cas de microsphygmie chez l'adulte avec dystrophie thyroïdienne probable. (*B. S. M. H.*, XXVII, n° 6, 18 fév., p. 263.) V. **Débilité mentale.**

ANGIONÉVROSES. — **Whiting**. Two important angioneuroses. (*M. R.*, janv. 1909, p. 8.)

POLYURIE. — **Rimbaud** (**L.**) et **Roger** (**H.**). Polyurie nerveuse. (*Pr. M.*, n° 4, 23 janv. 1909, p. 36.)

TROUBLES DES SÉCRÉTIONS INTERNES ET DE LA CROISSANCE

THYMUS. — **Guinon** et **Simon**. Hypertrophie du thymus. Mort subite. (*Soc. de pédiatrie.* S. du 15 déc. 1908.) — **Lund** (**F.-C.**). Zum mechanischen Thymustod. (Sur la mort mécanique par le thymus.) (*B. K. W.*, III, 18 janv., p. 111.) — **Daukes** (**S.-H.**). Persistance du thymus et mort subite. (*B. M. J.*, n° 2505, janv.) — **Guinon** et **Simon**. Mort subite par hypertrophie du thymus d'un enfant de huit mois et demi. (*B. S. P.*, déc., p. 363.)

HYPOPHYSE. ACROMÉGALIE. GIGANTISME. — **Müller.** Acromégalie, Ostéomalacie, Tétanie und Struma. (*Ges. f. inn. Méd. and. Kinderheilk. in Wien. W. M. W.*, n° 2, 9 janv., p. 107.) — **Rankin** et **Moon.** Acromégaly. (*L.*, n° 4453, déc. 1908.) — **Rankin** (Guthrie). Acromegaly with illustrative cases. (*L.*, 2 janv. 1909, p. 25.) — **Franchini** (G.) et **Giglioli** (G.-J.). — Encore sur l'acromégalie. (*I. S.*, XXI, n° 5, 1908, p. 325.) — **Exner.** Acromégalie par tumeur hypophysaire. Intervention chirurgicale. (*K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.* S. du 15 janv. 1909.) — **L. Borchardt.** La glycosurie par l'hypophyse et son rapport avec le diabète dans l'acromégalie. (*Z. K. M.*, t. LXVI, 4e fasc., 1908.) — **Von Eiselsberg** et **Von Frankl Hochwart.** Tumeurs de l'hypophyse. (*K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.* S. du 19 fév.) — **Parhon** (C.) et **Goldstein** (M.). Un cas de tumeur de l'hypophyse sans acromégalie. Troubles mentaux et sommeil pathologique. (*J. N.*, XIVe année, n° 1, 5 janv. 1909, p. 1.) — **Gramegna** (A.). Un cas d'acromégalie traité par la radiothérapie. (*R. N.*, n° 1, 15 janv. 1909, p. 15.) — **Beclère.** Le traitement médical des tumeurs hypophysaires, du gigantisme de l'acromégalie par la radiothérapie. (*B. S. M. H.*, XXVII, n° 7, 25 fév., p. 274.) — **Thibierge.** Gigantisme infantile avec ébauche d'acromégalie. (*Soc. de Neur.*, 5 fév. *R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 222.) — **Eiselsberg** (V.). Zwei Fälle von operierten Hypophysis Tumoren. (*Gesells. f. Morphol. und Physiol zu Munchen.* S. du 16 fév. 1909.) — **Frankl Hochwart** (V.). Fälle von hypophysis Tumoren ohne Akromégalie. (Tumeurs de l'hypophyse sans acromégalie) (*Ibid.*) — **Lœwe** (L.). Die Freilegung der Hypophysis. (*Berl. Gesells. fur. Psych. und Nerv.*, 14 déc. 1908 et *Z. N. P.*, XXII, n° 278, janv. 1909, p. 51.) — **Lœwe.** Weitere Mitteilungen zur Freilegung der Sehnervenkreuzung und der Hypophysis. (*Berliner ophtalmologische Gesellschaft.* S. du 28 janv.) — **Chassel** (Rev.). Ein Fall von partiellen Riesenwuchs. (Un cas de gigantisme partiel.) (*K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.* S. du 8 janv. 1909.)

OSTÉOMALACIE. — **Parhon** (C.) et **Goldstein** (M.). Note sur la teneur en iode de la glande thyroïde dans deux cas d'ostéomalacie sénile. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 37, 25 déc. 1908, p. 701.) — **Frankel** et **Schiller.** Le traitement de l'ostéomalacie par les anticorps ovariens. (*Z. G.*, n° 52, 26 déc. 1908, p. 1164.) V. **Acromégalie.**

ACHONDROPLASIE. — **Schrumpf** (P.). Ueber das Klinische Bild der Achondroplasie (chondrodystrophie) beim Erwachsenen und eine, ihn sehr ähnliche, bisher nach nicht beschriebene von mikromelen Zwergwuchs, bei einer 56 jährigen Jahre. (Sur le type clinique de l'achondroplasie chez l'adulte, et sur une forme analogue, non encore décrite, de nanisme micromélique chez une femme. de cinquante-six ans. (*B. K. W.*, n° 4, 8 déc. 1908.)

INFANTILISME. — **Schüler** (Artur). Zwei Fälle von Infantilismus. (Deux cas d'infantilisme.) (*Ges. f. innere Méd. und Kinderh. in Wien, W. M. W.*, LIX, n° 5, 30 janv., p. 281.) — **Levi** (Ettore). Contribution à l'étude de l'infantilisme du type Lorain. (*I. S.*, XXI, n° 5 et 6, 1908, p. 297 et 421.) — **Hymanson.** Report of a case of infantilism (type Lorain). (*A. Pd.*, déc. 1908, p. 929.) — **Bertolani.** Contributo allo studio dell infantilismo sessuale da lesioni cerebrali. (*R. S. F.*, XXXIV, f. 3-4, 1908, p. 543.)

CORPS THYROÏDE. —**Léopold Lévi** et de **Rothschild** (H.). Corps thyroïde et vaso-motricité. (*Soc. de neur. R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 209.) — **Léopold Lévi** et de **Rothschild.** Études sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse. (*Doin, Paris*, 1909.) — **Borchardt.** Insuffisance thyréoglandulaire. (*Verein fur wissensch. Heilkunde zu Königsberg.* S. du 21 déc. 1908 et du 8 fév. 1909.) — **Brissaud Gougerot** et **Gy.** Insuffisance endocrinienne thyroïdo-testiculaire. (*Soc. de neurol. R. N.*, an. XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1354.) — **Léopold Lévi** et de **Rothschild** (H.). De l'instabilité thyroïdienne; sa forme paroxystique. (*Académie de médecine.* S. du 16 fév. 1909.) — **Bricher** (E.). Sur l'implantation du tissu thyroïdien chez les crétins. (*D. Z. C.*, t. XCVIII, 1908, p. 75.) — **Marbé** (S.). Les opsonines et la phagocytose chez les myxœdémateux. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 36, 18 déc. 1908, p. 612.) — **Bérard** (L.) et **Alamartine** (H.). Les goitres d'origine parathyroïdienne. (*L C.*, 1er fév. 1909.) — **Claude** (H.) et **Schmiergeld.** Adénome parathyroïdien. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 3, 29 janv. 1909, p. 131.)

MALADIE DE BASEDOW. — **Léopold Lévi** et **de Rothschild** (H.). Hyperthyroïdie basedowienne. Sa base anatomique. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 37, 25 déc. 1908, p. 654.) — **Wilson.** Pathological changes in the thyroid gland as related to the varying symptoms in Greaves disease. (Modifications pathologiques du corps thyroïde dans les divers symptômes de la maladie de Basedow.) (*A. J. M. S.*, déc. 1908, n° 851.) — **Beardsley.** The anamnesis of subjects of exophtalmic goitre. (*N. Y. M. J.*, 10 dec. 1908, p. 1170.) — **Mouriquand** (G.) et **Bouchut** (L.). L'ictère dans la maladie de Basedow. (*G. H.*, déc. 1908, n° 147 et 148, p. 1755 et 1767.) — **Zadoc Kahn** (L.). A propos d'un cas d'ictère dans une maladie de Basedow. (*J. M. I.*, n° 2, 20 janv. 1909, p. 13.) — **Juquelier.** Maladie de Basedow compliquée d'alcoolisme. (*S. C. M. M.*, n° 5, déc. 1908, n° 135.) — **Lavrand.** Maladie de Basedow et salicylate de soude. (*J. S. M. L.*, 9 janv. 1909, n° 2.) — **Krecke.** Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. (Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow.) (*M. M. W.*, an. LVI, n° 1, 6 janv. 1909, p. 15.) — **Boudon.** Goitre exophtalmique et tremblements (*Soc. de neur.*, 5 fév. *R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 228.) — **Jörgensen.** Traitement de la maladie de Basedow par les rayons X. (*H.*, n° 50, déc. 1908.) —

Borianne. Considérations sur les troubles mentaux de la maladie de Basedow. (*Thèse de Toulouse*, 10 déc. 1908.) — **Price.** The use of the X ray in the treatment of exophtalmic goitre. (*Ther-Gaz.*, 15 déc. 1908, p. 854.) — Voy. : **Tétanie. Psychose maniaque dépressive.**

SURRÉNALES. — **Vincent.** Considérations sur les troubles psychiques liés à des lésions des capsules surrénales. (*Thèse de Toulouse*, 10 déc. 1908.) V. **Sclérodermie.**

INFECTIONS. INTOXICATIONS

GÉNÉRALITÉS. — **Fraenkel.** Ueber das Verhalten des Gehirns bei akuten Infektions Krankheiten. (État du cerveau dans les infections aiguës.) (*V. A.*, CXCIV, déc. 1908, p. 168.)

TÉTANOS. — **Vaillard (L.).** A propos du tétanos. (*G. H.*, n° 7, 19 janv. 1909, p. 74.) — **Guinard (A.).** A propos du tétanos. (*G. H.*, n° 2, 7 janv. 1909, p. 15.) — **Brault (A.)** et **Faroy (G.).** Tétanos d'origine utérine. (*Ps. M.*, n° 99, 9 déc. 1908, p. 795.) — **Hnatek.** Tetanotoxine et vasomoteurs. (*Casop. lék. cesk.*, n° 51, dec. 1908.) — **Pribram.** Zur Behandlung des Tetanus. (*P. M. W.*, t. XXXIII, n° 49, 3 déc. 1908.) — **Tanton.** Tetanos et sulfate de magnésie. (*Pg. M.*, n° 3, 16 janv., p. 35.) — **Sicard** et **Drevet.** Tétanos mortel malgré l'injection intrarachidienne de sulfate de magnésie. (*B. S. M. H.*, XXVII, n° 5, 11 fév. 1909, p. 189.) — **Debré (R.).** Tétanos aigu chez un enfant de huit ans traité par une injection rachidienne de sulfate de magnésie. Mort rapide après une accalmie de trente heures. (*B. S. M. H.*, XXVII, n° 4, 4 fév. 1909, p. 139.) — **Miller.** Treatment of tetanus with subarachneid injections of magnesium sulphate. (*A. J. M. S.*, t. CXXXVI, n° 441, déc. 1908, p. 781.) — **Lopez (G.).** A cerca de la curabilidad del tétanos. (*R. F. E.*, VII, n° 74, fév. 1909, p. 38.)

RAGE. — **Remlinger.** La rage chez les tout jeunes chiens. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 34, 4 déc. 1908, p. 508.) — **Remlinger (P.).** La substance nerveuse normale peut-elle vacciner contre la rage. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 7, 26 fév., p. 294.) — **Babes (V.).** Note sur les causes des paralysies au cours du traitement antirabique. (*C. R. S. B.*, LXV, n° 37, 25 déc. 1908, p. 693, et LXVI, n° 1, 15 janv. 1909, p. 47.) — **Babes (V.)** et **Bobes (S.).** Recherches sur l'action de l'acide phénique sur le virus rabique. (*C. R. S. B.*, t. LXV, n° 37, 25 déc. 1908, p. 695.) — **Dudley.** The prevalence of hydrophobia in the Philippine Islands. (*J. A. M. A.*, 19 déc. 1908, p. 1180.)

DIPHTÉRIE. — **Rolleston (J. D.).** Diphteric paralysis. (*Practitioner*, janv. 1909, p. 110-120.) V. **Récurrent.**

TUBERCULOSE. — Voy. **Méningites. Démence précoce.** — **Basse.** Contribution à l'étude clinique des méningo-encéphalites liées à la tuberculose. (Encéphalite subaiguë curable des tuberculeux). (*Thèse de Lyon*, 16 déc. 1908.) — **Raymond (F.)** et **Alquier (L.).** Méningo-encéphalite tuberculeuse en plaques. (*E.*, IV, n° 1, 10 janv., p. 45.)

SYPHILIS. — V. **Liquide céphalo-rachidien, Méningite. Paralysie faciale, Tabes, Paralysie générale.** — **Nonne (M).** Syphilis und Nervensystem. (2e *édition. Berlin*, 1909.) — **Lesieur, Froment** et **Garin.** Sur un nouveau cas de syphilis ou névraxe, réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabes et la paralysie générale. (Syndrome Guillain-Thaon). (*Soc. méd. des hop. de Lyon. L. M.*, n° 9, 28 fév. 1909, p. 453.) — **Roux (S.).** Syphilis nerveuse et traitement spécifique. (*Soc. de neurologie. R. N.*, n° 2, 30 janv. 1909, p. 114.) — **Frugoni (Cesare).** Della polinevrite sifilitica primitive in periodo terziaro. (*Ri. M.*, an. XXV, 4 janv. 1909, n° 1, p. 6.) — **Janselme.** Les radiculités syphilitiques. (*J. Pr.*, 23 janv. 1909.) — **Brissaud** et **Bauer.** Meningomyélite chronique syphilitique apparue trente ans après le chancre infectant. (*Soc. de neurol.*, 7 janv. 1909, *R. N.*, n° 2, 30 janv. 1909, p. 94.) — **Page (M.).** Un cas de syphilis cérébrale héréditaire tardive. (*Soc. méd. psych. A. M. P.*, LXVII, n° 1, 1909, p. 69.) — **Broca A.).** Parésie avec contracture légère des membres inférieurs chez une heredo-syphilitique. (*B. M.*, t. XXIII, n° 13, 17 fév. 1909, p. 147.) — **Weyl (B.).** Grosshirnbefunde bei hereditär-syphilitischen Sauglingen. (État du cerveau chez les nourrissons hérédo-syphilitiques.) (*J. K.*, LXVIII, 4.) — **Roux (J.).** Ponction lombaire et syphilis nerveuse. (*Soc. de neurologie. R.N.*, n° 2, 30 janv. 1909, p. 113.) — **Rossi (O.).** Dati statistici e considerazioni critiche sulla prova di Wassermann nella diagnosi della sifilide, della tabe, e della paralise progressiva. (*R. P. N.*, vol. XIX, janv. 1909, n° 1, p. 22.) — **Koster.** Behandlung der Nervensyphilis. (Traitement de la...) (*F. M.*, 10 janv. 1909, p. 49.)

TRYPANOSOMIASE. — **Ledoux (E.)** et **Bietrix.** Maladie du sommeil. Traitement. (*R. M. F. C.*, 10 déc. 1908.) — **Nattan-Larrier, Laveran, Martin (Louis), Martin (Gust.).** Discussion sur le traitement de la maladie du sommeil. (*Soc. de pathologie exotique.* S. du 9 déc. 1908.) — **Gouzien (P.).** Prophylaxie de la maladie du sommeil. (*A. T. H.*, janv. 1909.) — **Broden (A.)** et **Rodhain (J.).** Le liquide céphalo-rachidien dans la trypanosomiase humaine. (Maladie du sommeil.) (*N.*, vol X, fasc. 1, 15 janv. 1909, p. 63.)

ANKYLOSTOMIASE. — **Tartregesilo (T.)** et **Gotuzzo (H.).** Mental Disorders in Ankylostomiasis. (Désordres mentaux dans l'ankylostomiase.) (*A. et N.*, XXX, 1er fév. 1909, p. 21.)

LOMBRICOSE. — **Triboulet** (H.). Lombricose et accidents méningés. (*C.*, nº 49, 4 déc. 1908, p. 775.)

BERI-BERI. — **Saldanha**. Etiology of Beri-Beri. (*B. M. J.*, nº 2500.) — **Austregesite.** Skorbutische Polyneuritis im Beri-Beri. (*A. S. T.*, nº 24, 1908.)

PELLAGRE. — **Ceni**. Sulla periodicità dei penicilli verdi in rapporto collo pellagra. (*R. S. F.*, XXXIV, f. 3-4, 1908, p. 677.) — **Babes** (V.), **Vasilin** (A.) et **Gheorghus** (N.). Ueber Kombinierte Behandlung der Pellagra mittels Atoxyl und arseniger Saüre. (Traitement de la pellagre par l'atoxyl et les sels arsenicaux. (*B. K. W.*, nº 6, 8 fév. 1909, p. 237.)

BOTULISME. — **Blattmann**. Zur Kasuistik des Botulismus. (*K. S. A.*, XXXIX, 1 janv.)

SATURNISME. — **Bauer** et **Gy**. Crise gastrique saturnine. (*Pg. M.*, nº 8, 20 fév., p. 102.) — **Teleky** (L.). Localisation anormale de l'intoxication saturnine (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 déc. 1908.) — **Claude** (H.). et **Levi-Valensi**. Diplégie brachiale polynévritique à début apoplectiforme, avec troubles mentaux, au cours d'une intoxication saturnine chronique. (*R. N.*, nº 22, 30 nov. 1908, p. 1189.) — **Kaltenbach** (Mlle B.). Statistische und Kasuistische Beiträge zur Chronischen Bleivergiftung. (Contribution à l'étude du saturnisme chronique. (*I. D., Leipzig*, déc. 1908.) — V. **Récurrent.**

ARSENICISME. — **Van Gehuchten** (A.) et **Tits** (A.). Un cas d'amblyopie atoxylique. (*N.*, vol. X, fasc. 1, 15 janv. 1909, p. 1.)

HYDRARGYRISME. — **Coronat** (G.). — Un cas d'amblyopie par intoxication mercurielle. (*L M.*, 24 janv. 1909.)

OXYDE DE CARBONE. — **Hirtz**. Intoxication oxycarbonée. (*Société médic. des hôpit.*, 15 janv. 1909.)

TABAGISME. — **Dixon Mann** (J.). — Some of the effects of excessive smoking. (Effets de l'abus du tabac.) (*B. M. J.*, 5 déc. 1908, p. 1673.) — **Guillain** (G.) et **Gy** (A.). Les lésions des cellules nerveuses corticales dans l'intoxication tabagique expérimentale. (*C. R. S. B.*, t. LXV, nº 36, 18 déc. 1908, p. 644.)

ALCOOLISME. — **Da Costa Ramalho Fontes**. O alcoolismo. (*Typographia empeza Guedes-Porto.* — **Rezza** (A.). L'alcoolismo nelle malattie mentali. (*An. N.*, XXXI, fasc. 3-4, p. 200.) — **Bluhm** (Agnès). Familiärer Alkoholismus und Stillunfähigkeit. (*Gesellsch. f. Soziale med., Hygiene, und medizinal statistik zu Berlin.* S. du 17 déc. 1908.) — **Wassermeyer**. Delirium tremens. (*A. P. N.*, t. XLIV, fasc. 3, 1908.) — **Aubertin** (Ch.) et **Lhermitte** (J.). Paralysie alcoolique expérimentale par poliomyélite antérieure chronique. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, nº 1, 15 janv. 1909, p. 38.) — **Euzière**. La réflectivité chez les alcooliques. (*Soc. sc. méd. de Montpellier*, déc. 1908 et *Province médicale*, nº 92, 22 dec. 1908, p. 555.) — **Schmiergeld** (A.) et **Guichard** (M.). La sensibilité oculaire chez les alcooliques. (*E.*, III, nº 12, déc. 1908, p. 602.) — **Dupré** (E.) et **Charpentier** (René). Fugue hallucinatoire, avec ictus épileptique intercurrent, au cours d'un accès subaigu chez un alcoolique chronique. (Persistance du délire post-onirique.) (*Soc. de psychiatrie. E.*, III, nº 12, déc. 1908, p. 675.) — **Holzmann** (W.). Blutdruck bei Alkoholberauschten. (Pression sanguine dans l'ivresse.) (*A. P. N.*, vol. XLV, nº 1, 1909, p. 92.) — **Schmiergeld** (A.). Lesions des glandes à sécrétion interne dans deux cas d'alcoolisme chronique. (*A. M. A. P.*, XXI, nº 1, janv. 1909, p. 74.) — Voy. **Epilepsie, chorée, délire, débilité mentale.**

ÉTHER. — **Vergely** (P.). Injection de quelques gouttes d'éther. Accidents nerveux. (*J. M. Bo.*, nº 4, 24 janv. 1909, p. 53.)

OPIUM. — **Jeanselme**. Fumeurs d'opium. (*B. S. I.*, 2, fév. 1909, p. 29.) — **Mueller** (F.-H.). Morphinisme. (*B. K. W.*, nº 49, déc. 1908.)

COCAINE. — **Avril**. La cocaïnomanie. (*Thèse de Lyon*, 2 déc. 1908.)

STOVAINE. — **Spielmeyer**. Pseudosystemerkrankungen des Rucken Markes nach Stovaïn Anästhesie. (*N. C.*, nº 1, 16 janv. 1909, p. 69.)

URÉMIE. — **De Swarte** (E.). A propos d'un cas d'aphasie urémique. (*Thèse de Lille*, 14 déc. 1908.) — **Mosny** et **Pinard**. Urémie chronique et leucocytose rachidienne. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 déc. 1908.)

COMA DIABÉTIQUE. — **Magnus-Lewy** (A.). Das Koma diabeticum und seine Behandlung. (*Marhold* Halle, 1909.) — **Robin** (A.). Traitement du coma diabétique. (*B. G. T.*, 8 et 15 janv. 1907.)

PSYCHIATRIE

GÉNÉRALITÉS

Rogues de Fursac (J.). Manuel de psychiatrie. (*Paris, Alcan*, 1909.) — **Rémond** (A.). Précis des maladies mentales. (2e édition. *Paris, E. R. de Rudeval*, 1909.) — **Neu** (Ch.-F.). A few important points in regard to nervous and mental diseases. (De quelques points importants relatifs aux maladies nerveuses et mentales.) (*A. et N.*, vol. XXX, n° 1, fév. 1909, p. 42.) — **Ottolenghi** et **De Sanctis** (S.). Trattato pratico di Psichiatria Forense per uso di medici, giuriste, e studenti. Parte I : L'esame delle alienato e del criminale (Semeiotica mentale). Traité pratique de psychiatrie à l'usage des médecins, des juristes et des étudiants. Partie I : L'examen des aliénés et des criminels. (Séméiotique mentale.) (*Societa editrice libraria di Milano*, 1909.) — **Fuhrmann** (**Manfred**). — Diagnostic et pronostic des maladies mentales (traduit en italien par Bruno Manzoni). (*Societa editrice libraria. Milan*, 1909.) — **Meyer** (E.). Ueber psychische Ursachen geistiger Störungen. (Sur les causes psychiques des troubles mentaux.) (*B. K. W.*, 5, 1er fév. 1909, p. 189.) — **Bonhoeffer.** Zur Frage der Klassification der Symptomatischen Psychose. (*B. K. W.*, 51, 21 déc. 1908, p. 22-57.) **Siemerling** (E.). Ueber nervose und Psychische Störungen der Jugend. (*A. Hirschwald, Berlin.*) — **Hartenberg** (P.). L'état mental des sinistrés de Sicile. (*Ps. M.*, n° 7, 23 janv. 1908, p. 59.) — **D'Abundo** (G.). Stati nevropatici consecutivi al terremoto del 28 décembre 1908 in Sicilia. (États névropathiques consécutifs au tremblement de terre du 28 décembre 1908 en Sicile.) (*R. I. N.*, vol. II, fasc. 2, fév. 1909, p. 49.) — **Néri.** Résumé d'observations faites sur des survivants de la catastrophe de Messine. (*Soc. de neur.*, 5 fév. *R. N.*, n° 4, 28 février 1909, p. 221.)

TROUBLES DE LA NUTRITION. — **Ehrenberg** (R.). Ueber alimentäre glykosurie bei Psychosen. (*M. P. N.*, XXV, fasc. 1, janv. 1909.) — **Claude** (H.) et **Blanchetière** (A.). Troubles de la nutrition dans quelques maladies du système nerveux. (*J. P. P.*, XI, n° 1, janv. 1909, p. 42 et 82.) — **Juschtschenko.** Ueber die Oxydationsprozesse im Organismus der Geisteskranken und die Giftigkeit des Harnes derselben. (Sur les processus d'oxydation dans l'organisme des psychopathes, et la toxicité de leur urine.) (*A. P. N.*, vol. XLV, n° 1, 1909, p. 153.)

SANG. — **Benigni.** Ricerche elettrolitiche sopra il sangue di ammalati di mente. (*R. S. F.*, XXXIV, 5-4, 1908, p. 606.) **Lépine** (J.) et **Popoff** (V. St.). Variations cytologiques du sang chez les aliénés. (*E.*, III, n° 12, déc. 1908, p. 574.)

SÉMÉIOLOGIE MENTALE. V. Séméiologie générale.

PSYCHONÉVROSES

GÉNÉRALITÉS. — **Janet P.** Qu'est-ce qu'une névrose ? (*Revue scientifique*, 30 janv. 1909.) — **Janet** (P.). Les névroses. (Flammarion, Paris, 1909.) — **Lefèvre** (L.). De la pathogénie des névroses. (*I. S.*, XXI, n° 5, 1908, p. 372.) — **Riche** (A.). Formes et associations des psychonévroses. (*Ar. N.*, n° 2, fév. 1909, p. 73.) — **Ferenczi.** Ueber Aktual und Psychoneurosen im Lichte der Freudschen Forschungen und uber die Psychoanalyse. (Sur les psychonévroses à la lumière des recherches de Freud et sur la psychoanalyse.) (*W. K. R.*, 49-51.) — **Modena** Psicopatologia et etiologia dei fenomeni psiconeurotici. (*R. S. F.*, XXXIV, 3-4, 1909, p. 657.) — **Dubois.** Les psychonévroses et leur traitement moral. (Paris, Masson et Cie, 1909.) — **Collins** (Jos.). The general practitioner and the functional nervous diseases. (La médecine générale et les maladies nerveuses fonctionnelles.) (*J. A. M. A.*, 9 janv. 1909, p. 87.)

NEURASTHÉNIE. — **Chalmet.** La neurasthénie, conséquence de la mauvaise répartition des excitations. (*G. H.*, n° 13, 2 fév. 1909, p. 149.) — **Riche** (A.). La céphalée neurasthénique (*Pg. M.*, 23 janv. 1909, p. 49.) — **Herman.** Neurasthenia in Women. (N. chez la femme.) (*C. J.*, 30 déc. 1908, p. 1334.) — **Mildred Burgess.** A case of neurasthenia complicated with (?) « Vaso-Vagal attacks ». (*L.*, 12 déc. 1908, p. 1743.) — **Jeandidier.** Contribution à l'étude de la pathogénie des états neurasthenique post-grippaux. (*These de Nancy*, déc. 1908.) — **Méndez** (Julio). Neurastenia y colitis. (*A. P. C.*, VII, nov.-déc. 1908, p. 674.) — **Rockwell.** La neurasthenie vraie. Sa nature et son traitement. (*M. R.*, 5 déc. 1908, n° 1986, p. 964.) — **Burgess.** Neurasthénie avec aspect paralytique. (*L.*, n° 4450, 12 déc. 1908.) — **Frisco** (B.). Della imputabilità dei neurastenici. (*R. I. N.*, vol. II, janv. 1909, fasc. 1, p. 22.) — **Williams** (T.-A.). The differential Diagnosis between neurasthenia and some affections of the nervous system for which it is often mistaken. (*Arch. of. Diagnosis*, janv. 1909.) — **Hobbs.** Some aspects of neurasthenia and their treatment. (*Canadian Practitioner*, janv. 1909, p. 13.) — **Levy.** Neurasthénie et névroses. Leur guérison définitive en cure libre. (Paris, Félix Alcan, 1909.) — **Muller.** Die Behandlung der neurasthenie. (Le traitement de...) (*D. M. W.*, n° 51, 10 déc. 1908, p. 2153.) — **Tousey.** Les rayons ultra-violets et les courants de haute fréquence dans la neurasthenie. (*M. R.*, 5 déc. 1908, n° 1986.)

PSYCHASTHÉNIE. — **Deschamps** (Alb.). Les maladies de l'énergie. (Paris, Alcan, 1909.) —

Hughes (G.-H.). Barefoot phobia in a psychasthenic. (La phobie des pieds nus chez un psychasténique.) (*A. et N.*, vol. XXX, n° 1, fév. 1909, p. 18.) — **Thomas** (E.). Psychasthénie et psychothérapie. (*A. Ps.*, t. VIII, n° 30, déc. 1908, p. 175.) — **Blum** (P.) Psychasthénie d'involution chez l'homme. (*Gaz. méd. de Paris*, 15 déc. 1908.) — **Castanié** (A.). L'influence de la rééducation dans un cas grave de psychasthénie. (*A. Ps.*, t. VIII, n° 30, déc. 1908, p. 157.)

HYSTÉRIE. — **Cesbron**. Histoire critique de l'hystérie. (*Thèse de Paris*, janv. 1909.) — **Breuer** et **Freud**. Studien uber Hystérie. (*Fr. Deutscke. Leipzig et Wien*, 1909.) — **Voss** (Georg). Klinische Beitrag zur Lehre von der Hysterie. (*G. Fischer Iena*, 1909.) — **Williams** (Tom). The present status of hysteria. (*N. Y. M. J.*, 9 janv. 1909, p. 53.) — **Crocq**. Discussion de la question de l'hystérie. (*Société belge de neurologie. J. N.*, XIV[e] ann., n° 1, 5 janv. 1909, p. 7.) — **Babinski** (J.). Démembrement de l'hysterie traditionnelle. Pithiatisme. (*S. M.*, ann. XXIX, n° 1, 6 janv. 1909, p. 1.) — **Duhem**. Notes sur l'hystérie. (*Le Médecin praticien*, n[os] 2 et 3, janv. 1909.) — **Roger** (H.). De quelques réflexes dans l'hystérie, réflexes muqueux et papillaires. (*G. H.*, 1[er] déc. 1908, n° 138, p. 1647.) — **Hœsslin** (V.). Ueber den Verlust der Sehnenreflexe bei funktionelen Nervenkrankheiten. (Sur la perte des réflexes tendineux dans les affections fonctionnelles des nerfs. (*M. M. W.*, n° 50, 15 déc. 1908, p. 2597.) — **Noica**. La pseudo-contracture hystérique. (*Soc. de neurologie. R. N.*, n° 2, 30 janv. 1909, p. 99.) — **Trappe**. Die hysterischen Kontrakturen und ihre Beziehung zu organisch bedingten Krankheitszuständen der Menschen. (*M. G. M. C.*, XIX, 3, 1908, p. 514.) — **Laignel-Lavastine** et **Glénard** (R.). Hémiplégie droite et « aphasie motrice pure » hystériques. (*Soc. de neur. R. N.*, an XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1348.) — **Agostini**. Emienestesia sensitivo-sensoriale ed enuresi in un caso de isteria traumatica. (*Instituto umbro di scienze e lettere. Sez. di médic. e chirurgia*, 16 janv. 1909.) — **Keraudren**. Pseudo-sinusite frontale hystérique. (*A. I. L.*, t. XXV, n° 6, nov.-déc. 1908.) — **Kollaritz**. Torticolis hystérique. (*Orvosi Hetil*, n° 48, déc.) — **Edgeworth**. Hysterical paroxysmal œdema. (*Quart. journ. of med.*, janv. 1909, p. 135.) — **Klippel** et **Weil** (Pierre). Œdème unilatéral post-traumatique. La dissociation du syndrome hystero-traumatisme. (*Soc. de neurol. R. N.*, an XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1334.) — **Cousy** (I.). Manifestations cutanées de l'hystérie. Stigmatisation des mystiques. (*Thèse de Toulouse*, 8 déc. 1908.) — **Donath** (J.). Etats hystériques, léthargiques. (*W. K. W.*, n° 50, déc. 1908.) — **Laquer** (L.). Uber hysterische Taubstummheit. (La surdimutité hystérique.) (*N. C.*, XXVII, n° 23, 1[er] déc., p. 1106.) — **Soca** (F.). Sur la fièvre hystérique. (*Soc. de neurologie. R. N.*, n° 2, 30 janv. 1909, p. 103.) — **Mörchen** (F.). Zur Frage des « hysterischen Fiebers ». (Fièvre hystérique.) (*B. K. W.*, n° 50, déc. 1908, p. 2220.) — **Laruelle** (Léon). Les psychoses hystériques. (*S. M. M. Be.*, n[os] 140, 141, 142, oct.-nov.-déc. 1908, p. 307-347.) — **Diller** (T.-H.) et **Wright** (G.-J.). A study of hysterical insanity with an especial consideration of Ganser's Symptom-complex. Report of eight cases. (*J. N. M. D.*, XXXVI, 1[er] janv. 1909, p. 24.) — **Levy-Bruhl** (M.). Hémiplégie droite et aphasie motrice pure hystérique. Guérison complète par la suggestion à l'état de veille. (*Soc. de neur.*, 5 fév. *R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 216.) — **Valobra** (J.). Contribution à l'étude des gangrènes cutanées spontanées chez les sujets hystériques. (*J. S.*, XXI, n° 6, nov.-déc. 1908, p. 481.) — **Babinski**. Quelques remarques sur le mémoire de M. Valobra intitulé : Contribution à l'étude des gangrènes cutanées. (*J. S.*, XXI, n° 6, nov.-déc. 1908, p. 506.) — **Juarrós** (César). De la falta de personalidad clinica de las psicosis histéricas. (*R. F. E.*, VII, n[os] 73-74, janv.-fév. 1909, p. 12-45.) — **Veillet**. Rapports de l'hystérie et des psychoses toxiques. (*Thèse de Bordeaux*, 13 janv. 1909.) — **Witry**. Une épidémie religieuse moderne, d'origine suggestive : la secte de la résurrection à Zurich. (*R. H.*, XXIII, n° 8, fév. 1909, p. 251.) V. **Psychos maniaque dépressive**.

PSYCHOSES PRIMITIVES

PSYCHOSE MANIAQUE-DÉPRESSIVE. ÉTATS MANIAQUES ET MÉLANCOLIQUES. — **Imboden**. Contribution à la question de la combinaison de la psychose maniaque-dépressive avec l'hystérie. (*A. Z. P.*, t. LXV, f. 5, 1908) — **Forster**. Uber das Manisch-Depressive Irresein. (*Berlin. Gesells. f. Psych. und Nervenkrankheiten*, 11 janv. 1909. *N. C.*, n° 3, p. 165. Discussion. *N. C.*, n° 5, p. 276.) — **Drapes** (Thomas). On the maniacal-depressive insanity of Kraepelin. (*J. M. S.*, LV, n° 228, janv., p. 58.) — **Redington** (J. M.) and **Druyer** (P. J.). Maniacal-depressive insanity amongst the male admissions to the Richmond district asylum in the year 1907. (*J. M. S.*, LV, n° 228, janv., p. 56.) — **Nolan** (J.). Some aspects of « Maniacal-depressive insanity ». (*J. M. S.*, LV, n° 228, janv., p. 45.) — **Cotter** (James). Report on thirty one cases of maniacal-depressive insanity which came under treatment in the down district asylum during the year ending, december 31 st. 1907. (*J. M. S.*, LV, n° 228, janv., p. 52.) — **Vurpas** (C.). Impulsions conscientes et alternatives d'états de dépression et d'excitation. (*Soc. de psych. E.*, IV, n° 1, 10 janv., p. 86.) — **Leroy** et **Trénel**. Un cas de maladie mentale familiale. Psychose de forme périodique chez deux sœurs. (*S. C. M. M.*, II, n° 2, fév. 1909, p. 30.) — **Tomaschny**. Uber Myxödematöse Hautveränderung, als Parallelvorgang bei manisch-depressive Pychose. (*N. C.*, XXVIII, n° 4, 15 fév. 1909, p. 187.) — **Pardo**. Coprolo-

gia della pazzia periodica. (*R. S. F.*, XXXIV, 3-4, 1908, p. 469.) — **Riggs** (**C. Eugène**). Acute maniacal excitment in a patient eighty-two years of age; with possible relation of blood pressure to the condition. (Excitation maniaque aiguë chez une malade de 82 ans; relation possible entre la pression sanguine et cet état. (*St-Paul medical journal*, janv. 1909.) — **Liebers** (**Max**). Ueber Manie im Kindesalter. (*Z. N. P.*, XX, n° 3, 1er fév. 1909.) — **Séglas** (**J.**). — Mélancolie intermittente: trois accès du type dépressif simple, quatrième accès du type anxieux et délirant; involution sénile; chronicité avec affaiblissement intellectuel; stéréotypies. (*Soc. de psychiatrie. E.*, III, n° 12, déc. 1908, p. 673.) — **Ricca** (**S.**). Supra alcone esperienze ergografiche in Melanconici sottopaste a stimoli musicali. (*R. P. A.*, ann. V, n° 1, p. 30.) — **Trénel**. Mélancolie chez une négresse soudanaise. (*S. C. M. M.*, II, n° 2, fév. 1909, p. 47.) — **Fernandez Victorio** (**A.**). Un caso de melancolia simple. (*R. F. E.*, VII, n° 73, janv. 1909, p. 7.)

PARANOIA, DÉLIRES DE PERSÉCUTION. — **Victorio**. Paranoia evolutiva ó delirio crónico sistematizado. (*R. F. E.*, VII, n° 74, fév. 1909, p. 33.) — **Schafer**. Paranoïa? (*A. Z. P.*, LXV, 6, 1908, p. 972.) — **Rabinowistch** (**Mme G.**). Aetiologische Beziehungen der Epilepsie zur Paranoïa chronica. (Rapports étiologiques de l'épilepsie et de la paranoïa chronique.) (*I. D. Berlin*, janv. 1909.) — **Calévras** (**Ch.**). Un paranoïaque aphasique. (*Ar. N.*, n° 2, fév. 1909, p. 107.) — **Charpentier** (**Renè**). Paranoïaque justiciable d'un service d'aliénés difficiles. (*Soc. de psychiatrie. E.*, III, n° 12, déc. 1908, p. 685.) — **Sérieux** (**P.**) et **Capgras** (**J.**). Les folies raisonnantes, le délire d'interprétation. (*F. Alcan, Paris*, 1909.) — **Wallon**. Le délire chronique à base d'interprétation. (*Thèse, Paris*, 17 déc. 1908.) — **Francotte** (**X.**). Les processifs. (*J. N.*, XIV, n° 2, janv. 1909, p. 21.) — **Brissot** (**M.**). Aliénés processifs non délirants. (*R. Ps.*, XXII, n° 2, fév., p. 73.) — **Bryan** et **Brissaud**. Revendications processives des persécutés persécuteurs. (*Soc. de médecine légale*. S. du 14 déc. 1908.) — **Boudon** et **Glénard** (**R.**). Un cas de délire de persécutions à oscillations. (*Soc. de psychiatrie. E. W.*, 2, 10 janv. 1902, p. 176.)

CONFUSION MENTALE. — **Zweig**. Zur Lehre von der « Amentia ». (*A. Z. P.*, LXV, f. 5, 1908.) **Heilbronner**. Uber Vorstellungskontamination Sprachverwirrheit und inhaltliche Verwirrtheit. (Contamination des représentations. Confusion du langage et confusion intérieure.) (*Z. N. P.*, n° 275, p. 898.)

DÉMENCE PRÉCOCE. ÉTATS CATATONIQUES. — **Douglas M'Rae**. Dementia praecox. (*E. M. J.*, vol. II, n° 2, febr. 1909, p. 195.) — **Goldstein**. Pathologisch-Anatomische Befunde bei Dementia praecox. (*Verein f. Wiss. Heilkunde zu Königsberg*. S. du 22 fév.) — **Régis** (**E.**). Syndactylie, ectrodactylie clinodactylie, chez un dément précoce dégénéré. (*I. S.*, XXI, n° 6, nov.-déc. 1908, p. 401.) — **Jones** (**Robert**). The question of dementia proecox. (*M. P.*, 6 janv. 1909, p. 8.) — **Wulff** (**G.**). Zur Frage der Benennung der Dementia praecox. (Question de la dénomination de la démence précoce.) (*Z. N. P.*, XIX, n° 23, 1er déc. 1908.) — **Karpas**. Contribution to our knowledge of the etiology of dementia praecox. (*N. Y. M. J.*, 5 and 12 déc. 1908, p. 1061 et 1120.) — **Guilguet**. La démence précoce constitutionnelle. (*Thèse, Bordeaux*, 11 janv. 1909.) — **Johnstone** (**Thomas**). The case for dementia proecox. (*J. M. S.*, LV, n° 228, janv., p. 64.) — **De Sanctis** (**S.**). Demenza précocissima. (*R. Academia medica di Roma*. S. du 24 janv.) — **Zweig** (**L.**). Démence précoce après 30 ans. (*A. P. N.*, t. XLIV, f. 3, 1908.) — **Pighini** (**G.**). Sulla patologia della demenza précoce e sulle faci acute che in essa si presentano. (*R. S. F.*, XXXIV, f. 3-4, 1908, p. 497. *R. P. N.*, déc. 1908, p. 586.) — **Tomaschny**. Das Kopfschmerz bei der Dementia proecox. (Céphalée dans la démence précoce.) (*A. Z. P.*, XLV, 5, 1908.) — **Wulff**. Beitrag zur Psychologie der Dementia proecox (Schizophrénie.) (*Z. N. P.*, ann. XXXII., n° 4, fév. 1909, p. 113.) — **Bertoldi** (**G.**). Nota preventiva sopra lo stato emotivo nei dementi precoci. (*R. P. N.*, XIII, f. 12, déc. 1908, p. 580.) — **Cotard**. Stéréotypies chez un dément précoce. (*Soc. de psychiatrie. E.*, III. n° 12, déc. 1908, p. 672.) — **Southard** et **Ayer**. Dementia proecox, paranoïd associated with bronchiectatic lung disease and terminated by brain abscesses. (*B. M. S. J.*, 31 déc. 1908, p. 890.) — **Haberkant** (**Joh.**) Osteomalazie und Dementia proecox. (Ostéomalacie et démence précoce.) (*A. P. N.*, vol. XLV, f. 1, 1909, p. 1.) — **Vigouroux** (**A.**) et **Naudascher** (**G.**). Méningite tuberculeuse terminale chez un dément précoce dégénéré héréditaire, porteur d'une lésion ancienne de tuberculose osseuse. (*Soc. clin. de méd. ment. R. Ps.*, XIII, n° 2, fév. 1909, p. 106.) — **Meyer** (**E.**). Die Prognose der Dementia praecox. (*A. P. N.*, vol. XLV, n° 1, 1909, p. 351.) — **Meeus**. Contribution clinique à l'étude des états terminaux dans la démence précoce. (*Acad. roy. de méd. de Belgique*, 26 déc. 1908.) — **Dufour** (**H.**). Démence précoce simple. Ensemble des signes imputables à des troubles cérébelleux. Démence précoce de type cérébelleux. (*Soc. de psychiatrie. E.*, IV, n° 2, 10 fév., p. 155.) — **Klippel** (**M.**) et **Lhermitte** (**J.**). Un cas de démence précoce à type catatonique avec autopsie. (*E.*, IV, 2, 10 fév. 1909, p. 150.) — **Klippel** et **Lhermitte**. Anatomie pathologique de la démence précoce. (*Soc. de psych. E.*, III, n° 12, déc. 1908, p. 656.) — **Klippel** (**M.**). et **Lhermitte** (**J.**). De l'atrophie du cervelet dans la démence précoce. (*Soc. de psych. E.*, IV, 2, 10 fév. 1909, p. 158.) — **Claude** (**H.**). A propos de l'atrophie cérébelleuse dans la démence précoce. (*Soc. de psychatrie. E.*, IV, 2, 10 fév. 1909, p. 161.) — **Vigouroux** et **Naudascher**. Les

infections et les intoxications dans l'étiologie de la démence hébéphrénique. (*Soc. méd. psych.*, 30 j. *A. M. P.*, XLVII, n° 1, 1909, p. 90.) — **Claude** (**H.**) et **Rose** (**F.**). Étude clinique et anatomique d'une psychose toxi-infectieuse à forme catatonique du type de la démence précoce. (*Soc. de psychiatrie. E.*, III, n° 12, déc. 1908, p. 630.) — **Morselli**. Sulla autonomia della psicosi catatonica acuta rispetto alla *dementia proecox* catanonica. (Autonomie de la psychose catatonique aiguë vis-à-vis de la démence précoce.) (*R. S. F.*, XXXIV, 3-4, p. 568.) — **Mickle** (**W. Julius**). Katatonia : In relation to Dementia proecox. (*J. M. S.*, LV, n° 228, janv., p. 22.) — **Lowenstein**. Contribution au diagnostic différentiel de la stupeur catatonique et de la stupeur hystérique. (*A. Z. P.*, LXV, 5, 1908.) — **Victoria** (**A. F.**). Estupor catatónico accesional. (*R. F. E.*, VI, n° 72, déc., p. 354.) — **Leroy**. Catatonie chez une jeune fille de vingt ans. (*S. C. M. M.*, n° 5, déc. 1908, p. 138.) — **Raecke**. Katatonie im Kindesalter. (Catatonie dans l'enfance.) (*A. P. N.*, vol. XLV, n° 1, 1909, p. 245.) — **Bertolani** (**A.**). Sindrome catatonica in età senile. (*R. S. F.*, XXXIV, 3-4, 1908, p. 369.)

PSYCHOPATHIES CONGÉNITALES ET INFANTILES

IDIOTIE. — **Lievevrouw-Coopmann**. Enfants imbéciles et idiots. (*A. Ps.*, I, f. 4, déc., p. 238.) — **Wallon** (**H.**) et **Léon Kindberg**. Un enfant sitiophobe et flaireur. (*Soc. de psych. E.*, IV, n° 1, 10 fév., p. 81.) — **Hutinel**. L'idiotisme mongolien. (*J. Pr.*, 16 janv, 1909, p. 35.) — **Ichi Kawa**. Ueber eine der amaurotischen familiarën Idiotie Verwandte Krankheit. mit histologischer Beschreibung. (*Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde*, janv. 1909. p. 73.) — **Stock**. Bemerkung zu den Arbeit von Ichikawa « Uber familiäre Beschreibung. » (*Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde*, janvier 1909, p. 83.)

DÉBILITÉ. DÉGÉNÉRESCENCE. — **Laquer**. Die arztliche Feststellung der verschiedenen Former der Schwachsinns in den ersten Schuljahren. (*Verlag. d. arzt. Rundschau. Munchen*, 1909.) — **Wimmer** (**August.**). Ueber Assoziations untersuchungen, besonders Schwachsinniger Kinder. (*M. P. N.*, Bd., XXV, n° 2, fév. 1909, p. 169.) — **Ley**. Agoraphobie et instabilité mentale chez un enfant arriéré. (*Soc. belge de neurol. J. N.*, XIII, n° 23, 5 déc. 1908, p. 449.) — **Colin** et **Mignard**. Apparition de tics et de phénomènes convulsifs liés à un délire mélancolique chez une dégénérée héréditaire. (*Soc. clin. de méd. ment.*, 18 janv. et *R. Ps.*, XIII, n° 2, fév. 1909, p. 97.) — **Magnan** et **Vieux-Pernon**. Délire systématisé chez un dégénéré dont la mère est atteinte de délire polymorphe. (*Soc. clin. de méd. ment.*, 18 janv. *R. Ps.*, XIII, n° 2, fév. 1909, p. 90.) — **Schwartz**. Auto-dénonciation chez un alcoolique dégénéré et mythomane. (*A. M. P.*, LXVI, n° 3, nov.-déc. 1908, p. 383.) — **Briand** (**M.**). Hémiathétose familiale croisée chez une débile persécutée. (*Soc. clin. de méd. mentale*, 21 déc. 1908.) — **Bravo y Moreno**. Auto-accusation d'attentats terroristes chez un débile intellectuel. (*A. M. P.*, LXVII, n° 1, 1909, p. 37.) — **Bleuler**. Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten. (Fausses représentations des dégénérés.) (*Z. N. P.*, XX, n° 3, 1er fév. 1909.) — **Ganter**. Uber die Beschaffenheit des Schädeldaches und uber einige innere Degenerationszeichen. (Sur la complexion de la voûte cranienne et sur quelques signes de dégénérescence.) (*A. Z. P.*, LXV, 6, déc. 1908, p. 916.) — **Pöppel** (**M.**). Haben Geisteskranke andere Schädel als Nichtgeisteskranke? (Les psychopathes ont-ils d'autres crânes que les sujets sains?) (*I. D., Würtzburg*, janv. 1909.) — **Simonin** (**J.**). Les dégénérés dans l'armée. (*A. H. P.*, 4e série, t. XI, janv. 1909.) — **Variot**. Microsphygmie, ichtyose et débilité mentale. (*Soc. méd. des hôp.*, 27 nov. 1908.)

PSYCHOSES SECONDAIRES

V. Intoxications et infections. Polynévrites. Glandes à sécrétion interne. Épilepsie, etc.

DÉMENCES

PARALYSIE GÉNÉRALE. — **Naecke**. Vergleichung der Hirnoberfläshe von Paralytikern mit der von Geistesgesunden. (Comparaison entre la surface du cerveau des paralytiques généraux et celle des individus sains.) (*A. Z. P.*, LXV, 6, 1908, p. 857.) — **Weiss** (**Sam**). Ueber die Infiltrationen der Hirngefässe bei der Progressiven Paralysie. (Sur les infiltrations des faisceaux cérébraux dans la paralysie générale.) (*A. P. N.*, vol. XLV, n° 1, 1909, p. 134; *I. D., Freiburg*, déc. 1908.) — **Oppenheim** (**Gustave**). Plasmazellen befund im Ruckenmarcke bei Progressiver Paralyse. (Constatation de plasmazellen dans la moelle dans la paralysie progressive.) (*A. P. N.*, t. XLIV, fasc. 3, 1908.) — **Vallon** (**Ch.**) et **Paul** (**Ch.**). Un cas de paralysie générale d'origine traumatique. (*Soc. de psychiatrie. E.*, III, n° 12, déc. 1908, p. 666.) — **Chevron**. Un cas de paralysie générale liée à un traumatisme. (*U. M. N. E.*, n° 23, 15 déc. 1908.) — **Jolly** (**Ph.**). Statistique de l'étiologie et de la symptomatologie de la paralysie progressive. (*A. P. N.*, t. XLIV, fasc. 3, 1908.) — **Junius** (**Paul**) et **Arndt** (**Max**). Contribution à la statistique, l'étiologie, la symptomatologie et l'anatomie pathologique de la paralysie progressive. (*A. P. N.*, t. XLIV, fasc. 3, 1908.) — **Raymond**. Début de la paralysie générale. (*J. Pr.*, 19 déc. 1908, p. 821.) — **Schwartz**. Zona ophtalmique dans la paralysie générale. (*Ar. N.*, n° 2, fév. 1909, p. 106.) — **Nathan** (**M.**). Un cas de paralysie générale chez un musicien professionnel. (*Soc.*

de neur. R. N., an. XVI, n° 24, 30 déc. 1908, p. 1328.) — **Brissaud** et **Gy**. Paralysie générale progressive survenue chez le père et la fille. (*Soc. de psychiatrie. E.*, n° 2, 10 janv. 1909, p. 172.) - **Bourneville** et **Richet fils** (**Ch.**). Contribution à l'étude de la paralysie générale infantile. (*C.*, 11 déc. 1908, p. 793.) — **Klieneberger**. Ueber di juvenile Paralyse. (*A. Z. P.*, LXV, 6, 1908, p. 936.) — **Regis** (**E.**). Paralysie générale juvénile. (*E.*, IV, n° 2, 10 fév. 1909, p. 97.) — **Flesch** (**Jul.**). Progressive Paralyse eines 13 jährigen Mädchens. (Paralysie générale chez une fillette de treize ans.) (*W. M. W.*, LIX, n° 4, 23 janv., p. 214.) — **Brisard**. Considérations sur la paralysie générale infantile. (*Thèse de Toulouse*, 13 fév. 1909.) — **Marie** (**A.**). Un cas de paralysie générale juvénile (?) Autopsie. (*Soc. clin. de méd. ment.*, 18 janv. 1909, *R. Ps.*, XIII, n° 2, fév. 1909, p. 113.) — **Mondor** (**H.**). Deux cas de paralysie générale progressive dans le jeune âge. (*Soc. de psychiatrie. E.*, IV, 2, 10 janv. 1902, p. 181.) — **Fairbanks**. General paresis in childhood. (Paralysie générale dans l'enfance.) (*J. A. M. A.*, 5 déc. 1908, p. 1946.) **Robertson** (**W. Ford**) and **Brown** (**R. Dods.**) The bacteriology of the cerebro-spinal fluid in general paralysis of the Insane. (*R. N. P.*, VII, 1er janv. 1909, p. 1; *J. M. S.*, LV, n° 228, janv., p. 36.) — **Obregia** (**A.**) et **Bruckner**. Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale stationnaire soumis à la réaction de Wassermann. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 1, 15 janv. 1909, p. 58.) — **Edel** (**Max**). Di Wassermann'sche Reaktion bei der progressiven Paralyse und paralyseähnlichen Erkrankungen. (Réaction de Wassermann dans la paralysie générale et les maladies analogues.) (*Psychiatrischein Verein zu Berlin.* S. du 19 déc. *Z. N. P.*, n° 9, fév. 1909, p. 129.) — **Kafka**. Ueber die Komplementbindungsreaktion im Liquor cerebrospinalis speziell bei der progressiven Paralyse. (*M. P. N.*, déc. 1908, p. 520.) — **Pighini** (**Giacomo**). La colesterina nel liquido cefalo-rachidiano dei paralitici, e sua participazione alla reazione di Wassermann. (*R. M.*, ann. XXV, n° 3, 18 janv. 1909, p. 67.) — **Tommasi** (**Corrado**). Sul valore diagnostico della reazione di Porges col glicocolato sodico sul siero dei malati de paralis, progressiva. (Valeur diagnostique de la réaction de Porges (glycocolate de soude) sur le sérum des paralytiques généraux.) (*R. P. N.*, vol. XIV, fasc. 2, fév. 1909, p. 49.) — **Bornstein** (**A.**). Die chemische Zusammensetzung des Blutes bei progressiven Paralyse. (Constitution chimique du sang des paralytiques généraux.) (*M. P. N.*, Bd. XXV, n° 2, fév. 1909, p. 160. — **Heim** (**Gustav**). Die Dementia paralytica in Agypten. (*Z. N. P.*, 275, 1908, p. 929.) — **Bourneville, Kindberg** (**Léon**), **Richet fils** (**Ch.**). Etude anatomo-clinique d'un cas de tabes et de paralysie générale chez une enfant de quinze ans. (*Soc. de neur. I. S.*, XXI, n° 6, nov.-déc. 1908, p. 475.) V. **Syphilis liquide céphalo-rachidien.**

DÉMENCE SÉNILE. — **Hughes** (**C.-H.**). Normal Senility and Dementia senilis. (*A. et N.*, vol. XXX, n° 1, fév. 1909, p. 63.) — **Funkhauser** (**E.**). Zur Pathologischen Anatomie der Dementia senilis. (*M. P. N.*, Bd. XXV, 2, fév. 1909, p. 122.) — V. **Epilepsie.**

ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

Levet. L'assistance des aliénés algériens. (*A. M. P.*, LXVII, n° 1, 1909, p. 45.) — **De Clerambault** (**G.-G.**). Le régime des aliénés en Angleterre. (*A. M. P.*, LXVI, n° 3, nov.-déc. 1908, p. 390.) — **Fabiny** (**R.**). L'assistance familiale hongroise. (Troisième congrès international d'assistance aux aliénés. (*Ar. N.*, n° 2, fév. 1909, p. 84.) — **Blin**. Hospitalisation des débiles en Allemagne. (*L'Assistance*, n° 1, janv.-fév. 1909, p. 1.) — **Damaye** (**H.**) et **Mezie** (**A.**). Sur le placement nécessaire et précoce des malades atteints de troubles mentaux. (*E. M. N.*, 3 janv. 1909.) — **Gerenyi** (**Fedor**). Irrenpflege und Verwaltung. (Traitement des aliénés et administration.) (*P. N. W.*, n° 46, 6 fév. 1909, p. 393.) — **Lepeuple**. De l'assistance aux aliénés criminels. (*Thèse de Bordeaux*, 23 déc. 1908.) — **Antonini** (**G.**). Contributo allo studio del problema dell' assistentanzo dei criminali alienati. (*Societa di medicina legale*, 19 déc. 1908.) — **Riva**. Gli alienati criminali pericolosi e la necessità della loro custodia in instituti speciali. (*R. S. F.*, XXXIV, 3-4, 1908, p. 549.) — **Grasset**. Nécessité de rendre légalement obligatoire dans tous les pays l'assistance et le traitement des demi-fous criminels. (*IIIe cong. d'assist. aux aliénés. Ar. N.*, n° 1, janv. 1909, p. 24.) — **Dutoit** (**A.**). Das Irrenwesen in Frankreich. (La folie en France.) (*M. P. N.*, XXV, n° 2, fév. 1909, p. 182.) — **Hutchings**. La tuberculose dans les asiles d'aliénés. (*M. R.*, 19 déc. 1908.) — **Jones** (**Robert**). Tuberculosis in the insane. (*Brit. Journ. Tubercul.*, janv. 1909, p. 8.) — **François**. Sur l'emploi de l'ophtalmo-réaction dans les asiles d'aliénés. (*Pg. M.*, n° 1, 2 janv. 1909, p. 8.) — **Kapff**. Fürsorge bei Alkoholkranken. (*Psychiatrischen Verein zu Berlin.* S. du 19 déc. *Z. N. P.*, n° 4, fév. 1909, p. 139.) — **Deventer** (**V.**). Rapport sur la question des aliénés difficiles. (Troisième congrès d'assistance aux aliénés.) (*Ar. N.*, n° 1, janv. 1909, p. 29.) — **Scholz-Obrawalde**. Die Ausbildung des Pflegepersonals. (Le perfectionnement du personnel soignant.) (*P. N. W.*, n° 48, 20 fév. 1909, p. 409.) — **Zusak** (**Hugo**). Die Irrenanstalt das österreichisch-ungarischen Heeres. (Etablissement d'aliénés de l'armée austro-hongroise.) (*Der Militararzt*, n° 3, 5 fév., p. 33; n° 4, p. 49.) — **Drastich**. Vorsorge bezüglich der Geisteskranken im Kriege. (Traitement des maladies mentales en cam-

pagne.) (*Der Militararzt*, nº 2, 22 janv., p. 17.) — **Régis** (**E.**). L'officier dans l'hygiène mentale du soldat. (*Informateur*, janv. 1909, p. 17.)

VARIA

Bilharz (**A.**). Pathographie und kritisches Denken. (*P. N. W.*, nº 47, 13 fév. 1909, p. 401.) — **Lagriffe** (**L.**). Guy de Maupassant; etude de psychologie pathologique. (*A. M. P.*, LXVI et LXVII, sept.-nov., janv.-fév. 1909.) — **Kurt-Boas.** « Otto Ludwigs. » der Erbförster in kriminalpsychologischer Beleuchtung. (*P. N. W.*, nº 42, 9 janv. 1909, p. 363.) — **Wagner.** Der Fall Pfarrer X. (Zugleich ein Beitrag zum Zustandekommen des Gedankenlautwerdens, des Zwangsprechens und Schreribens.) Le cas du Pasteur X... (avec étude de la pensée à haute voix, de la parole et de l'écriture impulsives.) (*P. N. W.*, nºs 43, 44, 45, janv. 1909, p. 369, 377 et 385.) — **Oppenheim** (**H.**). Zur Psychopathologie und Nosologie der russisch-jüdischen Bevölkerung. (*J. P. N., Fiorel-Festschrift.*) — **Cheinisse** (**L.**). La race juive jouit-elle d'une immunité à l'égard de l'alcoolisme. (*S. M.*, XXVIII, nº 52, 23 déc. 1908, p. 613.) — **Pick** (**A.**). Psychiatrie und soziale Medizin. (*D. M. W.*, janv. 1909, nº 1, p. 9.)

MÉDECINE LÉGALE

Hoche (**A.**). **Aschaffenbury. Schultze. Wollenberg.** Handburg der gerichtlichen Psychiatrie. (Manuel de psychiatrie médico-légale.) (*Hirschwald*, Berlin, 1909.) — **Dupré.** Conférences de médecine légale du palais de justice. Droit criminel et médecine mentale. (*Ps. M.*, nº 98, 5 déc. 1908, p. 785.) — **Hamilton** (**A.-M.**). The development of the legal relations concerning the insane, with suggestions for reform. (*M. R.*, 7 nov., and. 5 déc. 1908, p. 781 et 915.) — **Stransky** (**E.**). Expertise psychiatrique et jury. (*Ar. N.*, nº 1, janv. 1909, p. 35.) — **Dupré** (**E.**) et **Charpentier** (**R.**). Les empoisonneurs criminels. (*A. A. C.*, 15 janv. 1907.) — **Poulhès.** La criminalité juvénile et les récidivistes. (*Thèse de Lyon*, 2 déc. 1908.) — **Ottolenghi.** La capacità dell' amnesico ad assistere al dibattimento. (*Societa di medecina leg.*, 19 déc. 1908.) — **Vibert.** Des témoignages en justice. (*A. H. P.*, 4e série, t. XI, janv. 1909.) — **Stransky.** Psychiatrische Sachverstandigen-tatigkeit in Geschworenleugericht. (*W. M. W.*, 5 déc. 1908, p. 2682.) — **Le Mansois-Duprey.** Étude médico-sociale sur les questions de responsabilité atténuée. (*Thèse de Lyon*, déc. 1908.) — **Caillet.** De la simulation des troubles mentaux chez les criminels, ses rapports avec les dégénérescences. (*Thèse de Bordeaux*, 16 déc. 1908.) — **Rosenbach.** Drei Fälle simulierter Geistesstörung mit den Symptom : falscher Antworten. (Trois cas de folies simulées. Fausses réponses.) (*A. Z. P.*, LXV, 6, 1908, p. 978.) — **Cottu** (**L.**). Contribution à l'étude des fugues (considérations médico-légales.) (*R. M. L.*, XV, nº 12, déc. p. 353.) — **Audenino.** Sono e criminali veramente esseri inferiori. (*Reale Accademia di medicino di Torino*, déc. 1908.) — **Beaufort.** Le tempérament criminel existe-t-il ? (*Thèse de Lyon*, 21 déc. 1908.) — **Roussy.** Les mélancoliques homicides. (*Thèse de Bordeaux*, 18 déc. 1908.) — **Bennecke.** Variétés des délits chez quelques militaires atteints de troubles mentaux. (*K. P. N.*, III, fasc. 2, 1908.) — **De Blasco** (**A.**). Il tipo di Cro-Magnon tra i deliquenti napoletani. (*A.*, ann. XII, nºs 9-10, 1908, p. 261.) — **Lecha-Marzo** (**Antonio**). Étude médico-légale sur les actes de bestialité. (*J. M. P.*, nº 2, 9 janv. 1909, p. 16.) — **Zuccarelli** (**A.**). Il Pan-anthropometro metallico di precizione. (*A.*, ann. XII, nºs 9-10, 1908, p. 268.) — **Belletrud** (**M.**). Expertise tardive dans un cas de mort survenu après blessure de l'œil. (*A. H. P.*, XI, fév. 1909, p. 127.) — **Simonin** (**J.**). Les syndromes convulsifs. Leur expertise médico-légale. (*Le caducée*, 23 janv. 1909, p. 17.) V. **Épilepsie**; **Éclampsie**.

THÉRAPEUTIQUE [1]

PSYCHOTHÉRAPIE. — **Hess.** Pädogogische Therapie bei jugendlichen Nerven-und Geisteskranken. (Th. pédagogique des maladies mentales et nerveuses de la jeunesse.) (*Z. N. P.*, 277, 1909, p. 1.) — **Thomas** (**J.-J.**). — Some aspects of psychotnerapy. (*B. M. S. J.*, 7 janv. 1909, p. 5.) — **Eder.** The present position of psychotherapy. (*J. A. M. A.*, 9 janv. 1909, p. 92.) — **Oberndorffer** (**E.**). Fortschritte in der Behandlung der Nervenkrankheiten. (Progrès dans le traitement des maladies nerveuses.) (*D. M. W.*, 53, 31 déc. 1908.) — **Juliusberger** (**O.**). Zur Psychotherapie und psychoanalyse. (*B. K. W.*, nº 6, 8 fév., p. 249.) — **Farrar** (**Clémence-F.**). Psychotherapy and the church. (Psychoth. et Église.) (*J. N. M. D.*, XXXVI, nº 1, p. 11.) — **Farez** (**Paul**). Impuissance genitale par rumination ; traitement psychologique et guérison. (*Soc. d'hypn. et de psych. R. H.*, nº 7, janv. 1909, p. 204.)

1. La thérapeutique spéciale aux diverses affections nerveuses est classée sous les mêmes rubriques que celles-ci.

SUGGESTION. HYPNOSE. — **Crichton Miller** (H.). Climatothérapie et suggestion. (*R. H.*, XXIII, n° 8, fév. 1909, p. 248.) — **Voisin** (J.). Incontinence nocturne d'urine sous l'influence d'un rêve; guérison par la suggestion hypnotique. (*R. H.*, XXIII, n° 8, fév. 1909, p. 247.) — **Benedikt** (**Moritz**). Magnétothérapie et suggestion. (*R. H.*, XXIII, n° 8, fév. 1909, p. 243.) — **Delius.** Nervose Schmerzen und ihre hypnotisch-suggeste. Behandlung. (Douleurs nerveuses et leur traitement hypnotique.) (*M. K.*, n° 52, déc. 1908, p. 1975.) — **Geyer.** Beiträge zum Magnetismus. (*V. G. M.*, vol., XXXVI, n° 4, 1908.) — **Bonnet.** Les merveilles de l'hypnotisme. *Paris, J. Roussel*, 1909.) — **Ashmead** (**Albert. S.**) — Pagan Science (Faith cure) and the human Mind (Science païenne (cures par la foi) et esprit humain.) (*A. et N.*, vol., XXX, n° 1, fév. 1909, p. 28.) — **Hilger.** Die Hypnose und die Suggestion. Ihre Bedeuntung und Stellung unter den Heilmittel. (L'hypnose et la suggestion. Leur signification et leur place parmi les moyens curatifs.) (*Fischer Iéna*, 1909.) — **Af Geyerstam.** Quelques mots sur la technique de l'hypnothérapie. (*Soc. d'hypnotisme et de psychologie. R. H.*, n° 7, janv. 1909, p. 200.) — **Anastary.** Les rapports biologiques du sommeil et de l'hypnose. (*Soc. d'hypn. et de psych. R. H.*, n° 7, janv. 1909, p. 210.)

ANESTHÉSIQUES. — **Schlesinger** (H.). Les injections de scopolamine-morphine-éthylmorphine contre les phénomènes douloureux dans les maladies chroniques et les névralgies rebelles. (*Soc. de méd. int. de Vienne.* S. du 28 janv.) — **Sick** (**P.**). Die Skopolamin-Mischnarkose. (*D. Z. C.*, XCV, f. 1-3, déc. 1908.) — **Mayor.** La scopolamine morphine; application des résultats expérimentaux à la clinique. (*R M. S. R.*, t. XXVIII, n° 12, 20 déc. 1908.) — **Kümmer.** Sur la narcose combinée à la scopolamine-morphine. (*Société médicale de Genève.* S. du 2 déc. 1908.) — **Chaput.** La rachistovaïnisation. (*Soc. de l'internat des hop. de Paris*, 28 janv. 1909.) — **Avramesco** (**Pop.**). La technique de la « rachistovaïnisation régionale ». (*R. N.*, XVI[e] ann., n° 24, 30 déc. 1908, p. 1305.) — **Münchmeyer** (**O.**). — Kritischer Bericht uber 1 000 Lumbal anästhesien mit Stovaïn (Billon). (*I. D., Rostock*, janv. 1909.) — **Tomaschewski** (**W.**). Erfahrungen auf dem Gebiete der Medullaranästhesie. (Expériences sur l'anesthésie médullaire.) *D. M. W.*, 51, 17 déc. 1908.) — **Strümer** et **Lâders** (**R.**). Propäsin, ein neues, sehr starkes Lokalanästhetikum. (La propesine, un anesthésique local nouveau et très puissant.) (*D. M. W.*, 53, 31 déc. 1908.) — **Kogel** (**H.**)-Ueber das pharmakologische Verhalten der Methylmorphimethin. (*I. D., Iéna*, janv. 1909.) — **Amore.** La nevraltéine contre les affections douloureuses. (*J. M. P.*, n° 4, 23 janv. 1909, p. 32.) — **Raoul Blondel.** Anesthésie locale profonde par la novocaïne. (*Rev. de thérap.* 15 déc. 1908.) **Dumont** (**F.**) Die Rektalnarkose. (*K. S. A.*, XXXVIII, 24, 1908.)

HYPNOTIQUES. SÉDATIFS. — **Bachem** (**C.**). Unsere Schlafmittel. *Berlin, Hirschwald*, 1909.) — **Brasenda.** Contributo alla terapia degli stati convulsivi, irritativi e spasmodici. La neuroprinà. (*G. O. C.*, n° 21, fév.) — **Prato.** Il nuovo ipnotico « medinale » nella pratica psichiatrica. (*R. S. F.*, XXXIV, 3-4, 1908, p. 671.) — **Fischer** et **Hoppe.** Veronale-Sodio. (*Die Thérapie der Gegenwart.*, 1908, H. 12.) — **Ollivier** (**F.**). L'isopral, ses propriétés hypnotiques et calmantes. (*Thèse de Lille.* 5 janv. 1909.) — **Hoffmann.** (**K.-F**) Bromural gegen See Krankheit. (Le bromural contre le mal de mer.) *M. M. W.*, n° 48, 1[er] déc. 1908, p. 2493.)

STIMULANTS. — **Lesage** (**J.**). Le maté. (*Ps. M.*, n° 105, 30 déc. 1908, p. 851.)

OPOTHÉRAPIE. — **Renon** (**L.**) et **Delille** (**Arthur**). L'opothérapie indirecte. (*C. S. S. B.*, t. LXVI, n° 2, 22 janv. 1909, p. 89.) **Lévi** (**Léopold**) et de **Rothschild** (**H.**). Un cas d'instabilité vasomotrice par le traitement thyroïdien. (*C. R. S. B.*, t. LXVI, n° 2, 22 janv. 1909, p. 104.) — **Silvestri** (**T.**) Tantativo di opotetapia surrenale nel vomito incoercibile delle gravide. (*Societa medico-chirurgico di Modena.* S. du 11 déc. 1908.)

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN. — **Roubinovitch** (**J.**). Les injections de liquide céphalo-rachidien autogène dans la traitement des états asthéniques d'origine organique ou fonctionnelle. (*S. C. M. M.*, n° 5, déc. 1908, p. 130.)

INJECTIONS D'ALCOOL. — **Patrick** (**Hugh T.**). Three cases of facial spsam treated by injections of alcohol. (*J. N. M. D.*, XXXVI, 1, janv. 1909, p. 1.) — **Lévy** (**Fernand**). Traitement des nevralgies faciales par les injections d'alcool. (*J. M. P.*, n° 3, 16 janvier 1909, p. 24.) — **Alexander** (**W.**) Zur Behandlung der Neuralgien mit Alkoholinjektionem. (Du traitement des névralgies par les injections d'alcool.) (*B. K. W.*, n° 48, déc. 1908.) — Voy. : **Névralgies faciales.**

THÉRAPEUTIQUE NASALE. — **Kanasugi.** Therapeutische Erfahrungen bei Nasenreflexen. (*W. M. W.*, LIX, n° 4, p. 206.) — **Bonnier** (**Pierre**). L'anxiété et son traitement direct. (*Soc. de neur.*, 5 fév. *R. N.*, n° 4, 28 fév. 1909, p. 244.)

PONCTION DU CERVEAU. — **Damelsen** (**Wilhelm**). Hirnpunktion. (Ponction du cerveau.) (*M. M. W.* Ann. LVI, n° 6, 9 fév., p. 276.) — **Forster** (**Edm.**). Die Hirnpunktion. (La ponction du cerveau.) (*B. K. W.*, n° 7, fév. 1909, p. 299.)

CHIRURGIE. — **Goldenberg.** Beiträge zur Gehirnchirurgie. (*Breslauer Chirurg. Gesellschaft.* (S. du 11 janv.) *B. K. W.*, n° 6, p. 279. *Förster* : *Idem.* — **Hildebrand.** Demonstration von 6 Hirnfällen, die durch Operation geheilt, b.z.w. gebessert worden sind. (*Gesellschaft der Charité Ärzte.* S. du 10 déc. *B. K. W.*, n° 5, p. 222.)

ÉLECTROTHÉRAPIE. — **Delherm** et **Laquerrière**. Les nouvelles méthodes d'électrisation dans les atrophies musculaires d'origine traumatique. (*Ps. M.*, n° 13, 13 fév. 1909, p. 110.) — **Remak**. Grundrisz der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie (2e édit.) (*Urban und Schwarzenberg*, 1909.) — **Risel**. Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. (*Schmidt's Jahrbuch*, 12, 1909, p. 225.)

RAYONS X. - **Gocht** (**Hermann**). Die Schädigungen welche durch Reutgenstrahlen hervorgerufen Werden ihre Verhütung, Behandlung und forensische Bedeutung. (Les dommages causés par les rayons X; préservation, traitement.) (*M. M. W.*, ann. LVI, n° 1 et 2, 5 et 12 janv. 1909, p. 18 et 81.) V. **Goitre exophaltalmique**; **Acromégalie**.

Nota. — *Le prochain fascicule de l' « Index bibliographique » paraîtra le 25 juin 1909.*

IMPRIMERIE DE J. DUMOULIN, A PARIS

2e FASCICULE 25 JUIN 1909.

PUBLICATION SUPPLÉMENTAIRE, PARAISSANT QUATRE FOIS CHAQUE ANNÉE : EN MARS, JUIN, SEPTEMBRE, DÉCEMBRE, ET COMPRENANT LA BIBLIOGRAPHIE NEURO-PSYCHIATRIQUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE, DE **date exclusivement récente** (DERNIER TRIMESTRE ÉCOULÉ).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DU

JOURNAL *L'ENCÉPHALE*

(Pour mars, avril, mai 1909)

RÉDIGÉ PAR

ANDRÉ PÉLISSIER

Interne des hôpitaux.

ANATOMIE

ANATOMIE GÉNÉRALE

Held. Entwickelung des Nervengewebes bei den Wirbeltieren. (Développement du tissu nerveux chez les vertébrés.) (*Barth.*, Leipzig, 1909.) — **Besta (Carlo)**. Ricerche sopra la colorabi. lita primaria degli elementi nervosi embrionali. (*R. P. N.*, XIV, f. 3, mars 1909, p. 97.) — **Francesco (Agosti)**. Le forme cellulari « atipiche » nei gangli cerebro spinali dei feti di alcun. mammiferi. (*R. I. N.*, II, f. 3, mars 1909, p. 105.) — **Wegelin.** Ueber Rankenneurone. (*Frankf. Zeitschr. f. Pathol.*, II, 4, p. 485.) **Edinger**. Einführung in die Lehre vom Bau und den Verrichtungen des Nervensystems. (*Vogel*, Leipzig, 1909.) — **Ramon y Cajal.** Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés. (*Maloine*, Paris.) — **Marcora (F.)**. Sui raporti tra apparato reticolare interno e corpi di Nissl negli elementi nervosi. (Rapports entre l'appareil réticulaire interne et les corps de Nissl dans les éléments nerveux.) (*Soc. méd. chirur. di Pavia.* S. du 26 mars 1909.) — **Nageotte (J.)**. Granulations lipoïdes du système nerveux. (2e note). (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 12, 2 avril, p. 512.) — **Reich.** Untersuchungen über Unterschiede im Bau der centralen und peripheren Nervenfaser. (Recherches sur les différences de structure des faisceaux nerveux centraux et périphériques.) (*Gesells. Jahresversam. des Deutsch. Vereins f. Psych. in Coln u. Bonn, 23-24 avril 1909. N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 544.)

AXE CÉRÉBRO-SPINAL

GÉNÉRALITÉS. — Marchand. Untersuchungen über die Herkunft der Körnchenzellen des Zentralnervensystems. (*Z. B.*, XLV, f. 2, 1909, p. 161.) — **Oskar Fischer.** Ueber abnorme Myelinumscheidung in der Grosshirnrinde nebst einigen Bemerkungen zur Technik der Markfaserfärbung. (Sur une gaine anormale de myéline dans l'écorce cérébrale, avec quelques remarques sur la technique de coloration des fibres médullaires.) (*M. P. N.*, XXV, 5 mai 1909, p. 404.) — **Latham.** Wright's method of section-fixing applied to the central nervous system. (Méthode de Wright pour la fixation des coupes appliquée au système nerveux central.) (*Austral. Med. Gaz.*, 20 fév. 1909, p. 82.) — **Jamieson (E. B.)**. The means of displaying by ordinairy dissections the larger tracts of white matter of the brain in their continuity.) (Manière de découvrir dans les dissections ordinaires les grands faisceaux de substance blanche dans leur continuité.) (*J. A. P.*, avril 1909, p. 225.) — **Villiger.** Anleitung zur Präparation und zum Studium der Anatomie des Gehirns. (*Engelmann*, Leipzig, 1909.) — **Gordon Holmes** et **Page May (W.)**. On the exact origin of the pyramidal tracts in man and other mammals. (Origine exacte des faisceaux pyramidaux chez l'homme et les autres mammifères.) (*Proc. Roy. Soc.*, sect. neurol., mars 1909, p. 92.)

CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES. — Roncoroni. Sul tipo fondamentale di stratificazione delle

corteccia cerebrale. (*A. A.*, n° 2, 1909, p. 58.) — **Brodman**. Erwiderung an Herrn Prof. Roncoroni : Zur Frage der corticalen Schichteneinteilung. (*A. A.*, n° 5, 6, 1909, p. 158.) — **Mall (P. F.)**. On several anatomical characters of the human brain raid to vary according to race and sex, with special reference to the weight of the frontal lobe. (Sur quelques caractères anatomiques du cerveau humain variant selon la race et le sexe : considérations particulières sur le lobe frontal. (*A. J. A.* fév. 1909, p. 1.). — **Smith (Elliot)**. Tuberculum olfactorium. (*A. A.* n° 9, 11, 1909, p. 200.)

VENTRICULE CÉRÉBRAL. — **Haeberlin**. Zur Topographie der Hirnventrikel. (Topographie du ventricule cérébral.) (*A. A. P.* part. anat., f. 1, 2, 1909, p. 75.)

GLANDE PINÉALE. — **Anglade** et **Ducos**. Note préliminaire sur l'anatomie et la physiologie de la glande pinéale. (*Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux. J. M. Bo.*, 14 déc., n° 10, p. 152.) — **Marburg**. Zur Kenntnis der normalen und pathologischen Histologie der Zirbeldrüse. (Histologie normale et pathologique de la glande pinéale.) (*Arb. a. d. Neur. Inst. a. d. Wien. Univ.* XVII, f. 2, 1908, p. 217.)

THALAMUS. — **Sachs**. Ein vergleichende anatomische Studie des Thalamus opticus der Säugetiere. (Anatomie comparée du thalamus opticus des mammifères.) (*Arb. a. d. Neur. Inst. a. d. Wien. Univ.*, XVII, f. 2, 1908, p. 280).

CERVELET. — **Pusateri (Ercole)**. Sulle connessioni dei nuclei dentati accessori del cervelletto umano. (*R. I. N.*, II, f. 5, mai 1909, p. 209.)

BULBE. - **Kalinowsky**. Über sekundäre Degenerationen nach Lasionen des Centralnervensystems an der Übergangsstelle des Rückenmarkes in die Medulla oblongata. (*N. C.*, XXVIII, n° 10, 16 mai 1909, p. 522.)

MOELLE. — **Zdzislaw Reich**. Vom Aufbau der Mittelzone des Rückenmarkes (Beiträge zur Kenntnis ihrer zellingen Bestandteile mit besonderer Berücksichtigung der Mittelzellen. (Structure de la zone médiane de la moëlle.) (*Arb. a. d. Wiener neur. Inst.*, XVII, f. 2. 1908, p. 314. — **Sabbath (W.)**. Zur Histologie der vorderen Wurzeln des Rückenmarkes der Säuger. (*Arb. a. d. Wiener neur. Inst.*, XVII, f. 2, 1908, p. 175.) — **Meyer (Paula)**. Zur Technik der Markscheindenfärburg. (*N. C.*, n° 7, 1er avril 1909, p. 353.)

NERFS

GÉNÉRALITÉS. — **Flechsig (P.)**. Untersuchungen bezüglich der Reihenfolge, in welcher die peripheren Nerven des menschlichen Fötus in das Reifestadium (Markscheidenbildung) eintreten. (Recherches portant sur les étapes successives que traversent les nerfs périphériques du fœtus humain pour arriver au stade adulte.) (*Medizinische Gesellschaft zu Leipzig.* S. du 26 janv. 1909.) — **Alessandri (P.)**. Contributo sperimentale ed istologico allo studio delle anastomosi nervose. (*P. Sez. chirur.*, f. 4, avril 1909, p. 145.) — **Regaud (Cl.)**. Coloration de la myéline des fibres nerveuses périphériques. (*Académie des sciences*, 29 mars 1909.)

N. OPTIQUE. — **Bach (L.)**. Die Gefässe des Sehnerven und der Netzhaut beim Pferde. (Les vaisseaux des nerfs optiques et de la rétine chez le cheval.) (*Archiv. f. Augenheilk.*, LXII, f. 4.)

PNEUMOGASTRIQUE. — **Kosaka (K.)**. Uber die Vaguskerne des Hundes. (Sur le noyau du vague du chien.) (*N. C.*, n° 8, 16 avril 1909, p. 406.) — **Shima**. Zur vergleichenden Anatomie des dorsalen Vaguskernes. (Anat. comparée du noyau dorsal du X.) (*Arb. a. d. Neur. Inst. a. d. Wien Univ.* XVII, f. 2, 1908, p. 190.)

NERFS CARDIAQUES. — **Gordon Wilson (J.)**. Nerves of the atrioventricular bundle. (*Proc. Roy. Soc., T.*, LXXXI, n° 35, 46, 1909, p. 151.) — **Fahr**. Ueber die Ganglien des menschlichen Herzens. (Sur les ganglions du cœur humain.) (*Aerztlicher Verein zu Hamburg*, 30 mars 1909.)

CIRCULATION CÉRÉBRO-MÉDULLAIRE

Mondio Guglielmo. Anomali del circolo arterioso del Willis in 50 alienati. (*R. I. N.*, II. f. 5, mai 1909, p. 193.) — **Fusari**. Una rara anormalia dell arterie del cono terminale. (*Reale Accademia di med. di Torino.* S. du 23 avril 1909.)

SQUELETTE

Ritter. Ueber Verdoppelung und abnorme Bildung der Stirnhöhle. (Sur le dédoublement et la forme anormale du sinus frontal.) (*Zeitschr. f. Laryngol. u. Rhinol.*, I, f. 6, 1909, p. 621.) — **Levi (G.)**. Di alcune variazioni dell' occipitale e del loro significato morfologico. (*Accademia med. fis. fiorentina.* S. du 11 fév. 1909.) — **Mannu**. Manifestazione della vertebra occipitale. (*Soc. Romana di antropologia*, 18 avril 1909.) — **Angelotti**. Osservazioni morfologiche su alcuni crani umani. (*Soc. Romana di antropol.*, S. du 14 mars 1909.) — **Kellner**. Neandertaloider Schädel eines Homo australiensis patinander. (*Aertzlicher Verein in Hamburg*, 23 fév., 1909.) — **Roy**. Le crâne fossile de la Chapelle-aux-Saints. (*L'Odontologie*, 30 avril 1909.)

GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

THYROIDES ET PARATHYROIDES. — **Cavatorti** (P.). Sulla struttura della ghiandola tiroide. (*M.* LI, 1re partie, n° 3, mars 1909, p. 961.) — **Bérard** (L.) et **Alamartine** (H.). Les parathyroïdes externes chez l'homme. (*C. R. S. B.*, LXVI, 14, 30 avril, p. 619.) — **Poncet** (**A.**). A propos de la communication de MM. Bérard et Alamartine. (*Ibid.*, p. 619.)

ANATOMIE COMPARÉE

Rawitz. Das Zentralnervensystems der Cetacean, II. Die Medulla oblongata von Phocaena communis. (*A. M. A.*, LXXIII, f. 2, 1909, p. 306.) — **Gariaeff.** Zur Histologie des centralen Nervensystems der Cephalopoden, I. Subösophalealganglionmasse von Octopus vulgaris. (*Zeitschr. f. wissen. Zool.*, XCII, f. 1 p. 149.) — **Lapicque** (**Louis**). Limite supérieure de la proportion d'encéphale par rapport au poids du corps chez les oiseaux. (*C. R. A. S.*, 21 déc. 1908, p. 1428.) — **Schmitt.** Das Nervensystem von Troglodytes niger. (*A. A.*, n° 12, 1909, p. 286.) — **Backmann** (**G.**). Om bathry-och clinocefali. (*Upsala Läk. Förhand*, 5 avril 1909, p. 205.) — **Guyénot.** Sur la morphologie des papilles sensorielles de la trompe des lépidoptères. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 12, 1909, p. 499.) — V. **Thalamus, Pneumogastrique.**

PHYSIOLOGIE

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

GÉNÉRALITÉS. — **Baglioni.** Contributi alla fisiologia generali dei centri nervosi. (*Zeitschr. f. allg. Physiol.*, IX, f. 1-2, 1909, p. 1.) — **Bruno Lobo.** Nouvelle hypothèse pour expliquer le fonctionnement des éléments nerveux. (*A. B. P. N.*, IV, nos 3, 4, 1908, p. 223.) — **Leduc.** Demonstration of the existence of centres of Synergia by means of the electric current. (Demonstration de l'existence des centres de synergie à l'aide du courant électrique. (*Arch. of the Roentgen Ray*, fév. 1909, p. 237.) — **Mangold.** Studien zur Physiologie des Nervensystems der Echinodermen. III. Ueber die Armbevegungen der Schlangensterne und V. Uexhulls Fundamentalgesetz für den Erregungsverlauf. (*P. A.*, CXXVI, f. 5, 6, 7, 8, 1909, p. 371.) — **Alquier** et **Faure Beaulieu.** Action du radium sur les tissus du névraxe. (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1908. *R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 528.) — **Sala** (**G.**). Sui fatti rigenerativi del sistema nervoso centrale. (*Soc. med. chir. di Pavia.*) (*P. Sez prat.*, XVI, f. 14, 4 avril 1909, p. 437. — Ueber die Regenerationsersheinungen im Zentralnervensystem. (*A. A.*, nos 9-11, 1909, p. 193.) — **Perrero.** Contributo alto studio della rigenerazione delle fibre nervose del sis tema nervoso centrale (*R. P. N.*, XIV, f. 5, mai 1909, p. 193.)

ANAPHYLAXIE. — **Richet** (**Ch.**). Rôle du système nerveux dans les phénomènes de l'anaphylaxie aiguë. *Ps. M.*, n° 28, 7 avril 1909, p. 249.) — **Arthus.** Sur la séro-anaphylaxie. (*Ps. M.*, n° 35, 1er mai 1909, p. 305.) — **Biedl** (**A.**) et **Kraus** (**R.**). Experimentelle Studien uber Anaphylaxie. (*W. K. W.*, n° 11, 1909.)

CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES. LOCALISATIONS. — **Von Monakow.** Aperçus nouveaux dans la question des localisations cérébrales. (*Soc. suisse de neurol.*, Berne, 14 mars 1909. *N. C.*, n° 9, p. 505.) — **Volsch.** Lokalisationslehre für einige Gebiete der Grosshirnrinde. (*Med. Gesells. zu Magdebourg*, 28 janv. 1909.) — **Altube** (**V.**). Poder de localizacion. (*Archivos de Pedagogia y ciencias afines*, V, n° 13, janv. 1909, p. 56.) — **Poggio.** Sul centro corticale della deviazione oculo-cefalica. (*R. P. N.*, XIV, f. 5, mai 1909, p. 216.) — **Berger.** Localisation de la sphère auditive. (*Naturwissenschaft. Mediz. Gesells. zu Iena*, 21 janv. 1909.) — **Bianchi.** Su alcuni fenomeni riflettenti la funzione dei lobi frontali. (*R. Accademia medico-chirurgica dei Napoli.* S. du 28 fév. 1909.) — **Egger.** Dissociation entre le mouvement cortico-spinal et cérébro-spinal. (*Soc. de neur. de Paris.* S. du 4 mars 1909. *R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 376.) — V. **Aphasie.**

CORPS CALLEUX. — **Bramann.** Ueber die Bewertung des Balkenstiches bei der Hirnchirurgie. (Sur l'importance de la blessure du corps calleux en chirurgie cérébrale.) (*Kong. der Deutsch. Gesells. f. Chirur. in Berlin*, 14-17 avril 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 554.

TUBERCULES QUADRIJUMEAUX. — **Levinsohn.** Ueber die Beziehungen des Vorderen Vierhügels zum Pupillareflex, nach Experimentaluntersuchungen am Affen. (Rapports des tubercules quadrijumeaux antérieurs et du réflexe pupillaire d'après des recherches expérimentales sur le singe.) (*Berliner ophtalm. Gesells.*, 18 mars 1909.)

BULBE. IVe VENTRICULE. — **Bechterew** (**W.**). Les fonctions bulbo-médullaires. (*O. Doin.*, Paris, 1909.) — **Capogrossi** (**A.**). Effetti sul rene della puntura del IV ventricolo cerebrale. (*P., Sez. Med.* XVI, f. 4-5, avril-mai 1909, p. 184 et 212.) — **Bach** et **Lohmann.** Die Beziehungen der Medulla oblongata zur Pupille. (*K. M. A.*, mars 1909, p. 268.)

MOELLE. — **Lipschutz.** Ermüdung und Erholung des Ruckenmarks. (Fatigue et rétablissement de la moelle.) (*Z. A. P.*, VIII, f. 5, p. 512.) — **Fröhlich.** Beiträge zur Analyse der Reflexfunk-

tion des Rückenmarks mit besonderer Berücksichtigung von Tonus, Bahnung und Hemmung. (*Zeitschr. f. allg. Physiol.*, IX, f. 1, 2, 1909, p. 55.)

NERFS

GÉNÉRALITÉS. — **Fischel** (**A.**). Ueber Beeinflüssung der Vitalen Nervenfärbung durch chemische Agentien. (Sur la coloration vitale des nerfs par les agents chimiques.) (*Z. A. B.*, XXII, 12 déc. 1908, p. 591.) — **Dhéré** (**Ch.**) et **Maurice** (**H.**). Le phosphore dans les nerfs. (*Académie des sciences*, 23 avril 1909.) — **Dontas** (**S.**). Ueber die Nerven-und Muskelwirkung des Cyannatriums beim Kaltblutter. (Influence des cyanures de Na sur les nerfs et les muscles des animaux à sang froid.) (*Archiv. fur experiment. Pathologie und Pharm.*, LIX, 1909, p. 430.) — **Asher**. Studien über antagonistische Nerve. (*Zeitschr. f. Biol.*, LII, f. 6, 1909, p. 298.) — **Tait** (**J.**). The refractory phase associated with one single excitatory process in yohimbinised nerve. (La phase réfractaire associée à un simple processus d'excitation dans les nerfs inhibiteurs.) (*Q. J. E. P.*, II, n° 2, 1909, p. 157.) — **Lapicque** (**Marcelle**) et **Weill** (**Jeanne**). Emploi de la bobine d'induction pour la comparaison des vitesses d'excitabilité. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 8, 5 mars 1909, p. 355.) **Oinuma**. Zur Nervenreizung durch Konzentrierte Lösungen. (L'excitation nerveuse par les solutions concentrées.) (*Zeitschr. f. Biol.*, LII, f. 6. 1909, p. 264.) — **Fillié**. Studien über die Erstickung und Erholung des Nerven in Flüssigkeit. (Études sur l'asphyxie et le rétablissement des nerfs en milieu liquide.) (*Z. A. P.*, VIII, f. 5, p. 492.) — **Thorner**. Die Ermüdung des markhaltigen Nerven. (Fatigue des nerfs spinaux.) (*Z. A. P.*, VIII, f. 5, p. 530.)

RÉGÉNÉRATION DES NERFS. — **Perroncito**. Zur Frage der Nervenregeneration. (*B. K. W.*, XLVI, n° 9, 1er mars 1909, p. 405.) — **Rossi** (**O.**). Sulla rigenerazione del nervo ottico. (*R. P. N.*, XIV, f. 4, avril 1909, p. 145.) — **Struthers** (**J. W.**). A human experiment in Nerve Division. (*E. M. J.*, vol. II, n° 3, mars 1909, p. 279.) — **Cunéo** (**B.**). De la générescence et de la régénérescence des nerfs sectionnés. (*J. C.*, II, n° 3, mars 1909, p. 241.) — **Wrede**. Nervennaht. (*Vereinfur Wissenschaft. Heilkunde in Konigsberg*. S. du 22 fév. 1909.) — **Hegner** (**C. A.**). Experimenteller Beitrag zur Frage der Nervenpfropfung im Auschluss an eine Klinische Beobachtung von intramediastinaler Rekurrensdurchtrennung durch Pistolenschuss. (Greffe nerveuse. Section du récurrent par coup de pistolet.) (*M. P. N.*, XXV, f. 3, mars 1909, p. 200.) — **Osborne** et **Kilvington**. — The arrangement of nerve fibres in a regenerated nerve trunk. (*J. Ph.*, 22 mars 1907, p. 276.) — **Osborne** et **Kilvington**. Axon bifurcation in regenerated. (Bifurcation de l'axone dans les nerfs régénérés. (*J. Ph.*, 22 mars 1909, p. 268.)

NERF OPTIQUE. — **Calderaro**. Ricerche sperimentali sulla eccitabilità del nervo ottico nell' uomo. (*Reale Accad. d. Scienze med. di Palermo*. S. du 24 avril 1909.) — V. **Régénération des nerfs.**

GANGLION DE GASSER. — **Razoumowsky**. De l'extirpation physiologique du ganglion de Gasser. (*R. V.*, n° 3, 17 janv. 1909.) — **Rasumowsy**. Ueber die physiologische Extirpation des Ganglion Gasseri. (*A. K. C.*, LXXXVIII, f. 4, 1909, p. 1092.) — **Schmidt-Rimpler**. Ophthalmomalazie nach Exstirpation des Ganglion Gasseri. (*Verein der Aerzte in Halle*, 17 fév. 1909.) — **Leseyeux**. De la voie para-orbitaire pour atteindre le trijumeau intra-cranien. (Ganglion de Gasser; grosse racine; branches du ganglion. (*Thèse de Bordeaux*, 1909.)

NERF OLFACTIF. — **Sulze**. Ueber die elektrische Reaktion des Nervus olfactorius des Hechtes auf Doppelreizung. (Sur la réaction électrique du nerf olfactif du brochet à une double excitation.) (*P. A.*, CXXVII, f. 1, 2, 3, 1909, p. 57.)

SPINAL. — **Brissaud** et **Sicard**. Résultats rapprochés et éloignés de la section de la branche externe du spinal. (*Soc. de Neur.* S. du 1er avril 1909. *R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 484.)

SCIATIQUE. — **Lortat-Jacob** (**L.**) et **Vitry** (**G.**). Adipose locale consécutive aux lésions expérimentales du sciatique. Rôle des ganglions lymphatiques. (*R. M.*, XXIX, n° 3, 10 mars 1909, p. 184.)

NERFS DU BRAS. — **Calligaris** (**G.**). Ueber die Quergrenze der Wurzelstreifen der oberen. Gliedmassen. (Délimitation des faisceaux radiculaires des membres supérieurs.) (*N. C.*, n° 5, mars 1909, p. 234.)

NERFS DE LA JAMBE. — **Brahmer** (**H.**). Beiträge zur Neurektomie des Nervus tibialis, peronœus profundus und der Nervi volares. (*I. D. Giessen*, 1909.)

SYMPATHIQUE. — **Schirmer**. Ueber den Einfluss des Sympathicus auf die Funktion der Tränendrüse. (Influence du sympathique sur la fonction des glandes lacrymales.) *P. A.*, CXXVI, f. 5, 6, 7, 8, 1909, p. 351.) — **Ziehen**. Die Rolle des Sympathicus in der Pathologie. (*Verein innere Medizin*. S. du 22 fév.)

NERFS DE L'IRIS. — **Lafon** (**Ch.**). Nouvelle théorie de l'innervation motrice de l'iris. (*G. S. M. B.*, 14 mars 1909.) — V. **Surrénales** (Meltzer), **Moëlle** (Shima), **Bulbe** (Bach et Lehmann), **Tubercules quadrijumeaux.**

NERFS DU CŒUR. — **Busquet (H.).** Contribution à l'étude de l'excitabilité de l'appareil cardio-inhibiteur chez la grenouille. (*J. P. P.*, XI, f. 2, 15 mars 1909, p. 216.) — **Haskovec (Lad.).** Weitere Beiträge zur Frage der Alkoholwirkung auf das Herz und den Kreislauf. (*W. M. W.*, LIX, n° 9, 27 fév. 1909, p. 458.) — **Busquet** et **Pachon.** Contribution à l'étude de la mesure quantitative des actions d'ions sur les organes vivants et isolés. Grandeur comparée de l'action toxique exercée sur le cœur par des solutions équimoléculaires des divers sels de potassium. (*J. P. P.*, XI, f. 2, 15 mars, p. 243.)

NERFS DE L'ESTOMAC. — **Zweig.** Die motorischen Wurzelfasern für die Kardia und den Magen. (Fibres radiculaires motrices pour le cardia et l'estomac.) (*P. A.*, CXXVI, f. 9, 10, 1909, p. 476.) — **Lilla.** Sur les conséquences de la lésion expérimentale de l'innervation extrinsèque de l'estomac. (*G. O. C.*, 7 fév., 1909, p. 162.) — V. **Sensibilité des organes abdominaux.**

NERFS INHIBITEURS. — **Bickel.** Beziehungen der Hemmungsnerven zur Supersekretion. (Rapports des nerfs inhibiteurs et de la supersécrétion.) (*Gesells. der Charité-Aerzte*, 25 fév. 1909, *B. K. W.*, n° 16, p. 756.)

ORGANES DES SENS. SENSATIONS

OLFACTION. — **Lépinay.** Quelques phénomènes de l'olfaction chez les animaux. (*R. H.*, XXIII, n° 10, avril 1909, p. 312.). — **Bérillon.** Phsychologie de l'olfaction : le rôle de l'odorat dans la constitution de la personnalité. (*R. H.*, XXIII, n° 9, 10, mars-avril 1909, p. 263 et 303.)

VISION. — **Fugita.** Versuche über die Lichtempfindlichkeit der Netzhautperipherie unter verschiedenen Umständen. (Sensibilité à la lumière de la périphérie de la rétine en diverses circonstances.) (*Z. P. P.*, Abt, 2, XLIII, f. 4, p. 243.) — **Vigier.** Le mécanisme de la vision par les yeux composés. (*Académie des sciences*, 3 mai 1909.) — **Romuald Minckiewicz.** L'induction successive des images colorées après une très forte excitation de la rétine et les théories classiques de la vision. (*C. R. A. S.*, CXLIII, 18 janv. 1909, p. 184.) — **Petronievics.** Ueber den Begriff der zusammengesetzten Farbe. (Sur la perception des couleurs composées.) (*Zeistchr. f. Sinnesphysiol.*, XLIII, f. 5, 6, 1909, p. 364.) — **Révész.** Ueber das kritische Grau (*Zeitschr. f. Sinnesphysiol.*, XLIII, f. 5, 6, 1909, p. 345.) — **Guttmann.** Untersuchungen in Farbenschwache (Schluss.) (*Z. P. P.*, Abt. 2, XLIII, f. 4, p. 255.)

AUDITION. — **Münnich.** Ueber die Wahrnehmung der Schallrichtung. (Perception de la direction du son.) (*Beiträge zur Anat. Phy. Path. und Ther des Ohres, der Nase und des Halses.* II, 1 et 2.)

OREILLE INTERNE. — **Shambaugh.** The functions of the end-organs in the vestibule and semicircular canals. (Les fonctions des organes terminaux du vestbiule et des canaux semi-circulaires.) (*J. A. M. A.*, 3 avril 1909, p. 1077.)

SENSIBILITÉ CUTANÉE. — **Schmotin.** Untersuchungen über den Einfluss der Anämie und Hyperämie auf dié Empfindungen der Hautsinne. (Influence de l'anémie et de l'hyperémie sur la sensibilité du tact.) (*Zeitschr. f. Biol.*, LII, f. 4, 5, 1909, p. 189.) — **Buch.** Ueber den Kitzel, (Sur le chatouillement.) (*A. A. P.*, sect. physiol., f. 1, 1909, p. 1.) — **Buch.** Die Beziehung des Kitzels zur Erotik. (Rapports du chatouillement et de l'excitation génitale.) (*A. A. P.*, sect, physiol., f. 1, 1909, p. 27.) — **Nyström.** Ueber regionäre Anästhesie bei Hauttransplantationen. (Anesthésie régionaire dans les transplantations cutanées.) (*Z. C.*, n° 5, 1909). — **Gutzmann.** Ueber die Unterschiedsempfindlichkeit des Vibrationsgefühles. (Sur la sensibilité différentielle pour les vibrations.) (*Kong. f. inn. Med. in Wiesbaden*, 19, 22 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 552.) — **Trotter and Morriston.** Experimental studies in the innervation of the skin. (Innervation de la peau.) (*J. Ph.*, 9 fév. 1909, p. 134.) — **Siegmund (A.).** Die Vertretung von Heads Segmentfeldern in der Nase. (La représentation des champs segmentaires de Head dans le nez.) (*Kong. f. inn. Med. in Wiesbaden*, 19, 22, avril 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 552.) — **Kaestner (G.).** Untersuchungen über den Gefühlseindruch unanalysierter zweiklänge. (*Psychologische Studien*, IV, f. 6, 1909, p. 473.) — **Lyman Wells (F.).** Studies in retardation as given in the fatigue phenomena of the tapping test. (*A. J. Ps.* XX, n° 1, janv. 1909. p. 38.)

SENSIBILITÉ DES ORGANES ABDOMINAUX. — **Schmidt. (J. E.).** Ein Beitrag zur Frage der Magensensibilität. (*M. G. M. C.*, XIX, H. 2.) — **Ritter.** Experimentelle Untersuchungen über die Sensibilität der Bauchhöhle. (Recherches expérimentales sur la sensibilité de la cavité abdominale.) (*Kong. der Deutsch. Gesells. f. Chirur. in Berlin*, 14, 17 avril 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 555.)

SENSATIONS MUSCULAIRES. — **Abelero (A.).** Sensaciones musculares. (*Archivos de Pedagogia y ciencias afines*, V, n° 13, janv. 1909, p. 70.)

ANESTHÉSIE. — 38 Versammlung der **Deutschen Gesellschaft fur Chirurgie** zu Berlin du 14 au 17 avril. Discussion sur les diverses méthodes d'anesthésie. — **Rehn.** Experimentelle Erfahrungen über Lumbalanästhésie. (Recherches expérimentales sur l'anesthésie lombaire.) (*Kong.*

der Deutsch. Gesells. f. Chirur. in Berlin, 14, 17 avril 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 553.) — **Boalth.** Spinal analgesia. (*The Indian Med. Gaz*, XLIV, n° 1, janv., 1909.) — **Rehn.** Ueber Ruckenmarksanästhesie. (Anesthésie médullaire.) (*M. G. M. C.*, XIX, 5, 1909.) — **Doyon.** Les dangers du chloroforme. (*Académie des Sciences*, 22 fév. 1909.) — **Brissemoret** et **Cheval lier.** L'étude des hypoanesthésiques. (*Académie des Sciences*, 15 mars 1909.) — **Bandera.** Peligros de los anesteticos. (Dangers des anesthésiques.) (*G. M. M.*, III, n° 12, 31 déc. 1908.) — **Morganti.** Sulla rachicocainizzazione. (*G. O. C.*, XXX, n° 22, 21 fév. 1909.) — **Wittek** (**Arnold.**). Ein neues Instrumentarium zur Lumbalanästhesie. (*M. M. W.*, 15, 13 avril 1909, p. 763.) — **Goldberg.** Wspolczesny stan nauki o znieczuleniu ledziwiowem z podaniem stu wlasnych przypadkow. (Etat actuel de la question de l'anesthésie lombaire avec cent observations personnelles.) (*Gazeta Lekarska*, XXIX, n°s 6 et 7, 6 et 13 fév. 1909.) — **Klose** et **Vogt.** Experimentelle Untersuchungen zur Spinalanalgesie. (Recherches expérimentales sur l'analgésie spinale.) (*M. G. M. C.*, XIX, 5, 1909.) — **Klose** (**H.**) et **Vogt** (**H.**). Physiologische und anatomische Untersuchung zur Lumalanästhesie und zur Frage ihrer Klinischen Verwertbarkeit. (*M. M. W.*, LVI, n° 10, 9 mars, p. 505.) — **Mayer.** Trophoneurotische Erscheinungen nach Lumbalanästhesie. (*B. G. G.*, XIV, f. 1, 1909, p. 162.) — **Guglielmo Bilancioni.** Il decubito acuto consecutivo alla rachianestesia con la stovaina. (*P. Sez Prat.*, XVI, f. 15, 11 avril 1909, p. 454.) — **Bier.** Uber den heutigen Stand der Lumbal, und Lokalanästhesie (Etat actuel de l'anesthésie lombaire et locale.) (*Kong. der Deutsch. Gesells. f. Chirur. in Berlin*, 14, 17 avril 1909. *N. C.* XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 553.) — **Sieber.** Ueber Lumbalanästhesie mit Novakaïn in der Gynäkologie. (*M. M. W.*, LVI, n° 10, 9 mars 1909, p. 500.) — **Quénu.** De l'anesthésie locale dans la réduction des luxations. (*B. S. C.*, XXXV, 14, 27 avril 1909, p. 462.) — **Bier.** Ueber eine neue Methode der lokalen Anästhesie. (*Berliner medizinische Gesellschaft*, 10 mars 1909.) — **Zadro.** (**E.**). Erfahrungen mit der Skopolamin — Morphium — Inhalationsnarkose. (*W. K. W.*) — **Schœmaker** (**J.**). Bericht über 3 000 Skopolamin — Chloroform — Aethernarkosen. (*D. M. W.*, n° 7, 1909.) — **Blisniansky.** Uber den angeblichen nachteiligen Einflues des Skopolamins auf Puls und Temperatur. (Soi-disant effets secondaires de la Scopolamine sur le pouls et la température.) (*Z. G.*, VI, 6 fév. 1909.) — **Pearl** e **Surface.** The use of atropin sulphate in anesthetizing birds for surgical purposes. (Anesthésie des oiseaux par le sulfate d'atropine.) (*J. A. M. A.*, LII, 5, 30 janv.)

PSYCHOLOGIE

GÉNÉRALITÉS ET DIVERS. — **Revere Randolph Gurley.** Chapters for a biological, empirical psychology. (*A. J. Ps.*, XX n° 1, janv. 1909, p. 60.) — **Von Peskoff** (**V.**). Selbstsuggestion in der experimentelle Psychologie (Autosuggestion en psychologie expérimentale). Remarques critiques sur : « Die Emanation der psychophysischen Energie » du docteur Kotik. (*Journal für Psychol. und Neurol.* XII, 5, 6, 1909, p. 272.) — **Vries** (**A. de**). et **Washburn** (**M.-F.**). Minor studies from the psychological laboratory of Vassar college. (*A. J. Ps.*, XX, n° 1, janv. 1909). — **Duprat.** (**G.-L.**). Sur la durée des faits physiques (*R. Ph.* XXXIV, n° 5, mai 1909, p. 526.) — **Baumann** (**A.**). Le cœur humain et les lois de la psychologie positive (Perrin et Cie, Paris, 1909.) — **Kinoshita.** Zur Kenntnis der negativen Bewegungsnachbilder. (Pour la connaissance de l'imitation négative des mouvements.) (*Zeitschr. f. Sinnesphysiol.*, XLIII, f. 5, 6, 1909, p. 420.) — **Kinoshita.** Ueber die Dauer des negativen Bewegungsnachbildes. (Sur la durée de l'imitation négative du mouvement.) (*Zeitschr. f. Sinnesphysiol.*, XLIII, f. 5, 6, 1909, p. 434.) — **Bühler.** Zur Kritik der Denkexperimente. (Critique de l'expérimentation de la pensée.) *Zeitschr. f. Psychol.*, LI, part. I, f. 1, 2, 1909, p. 108.) — **Turro** (**R.**). Die Psychologie des Gleichgewichtes (Psychologie de l'équilibre.) (*Journal für Psychol. und Neurol.*, XII, 5, 6, 1909, p. 211.) — **Sarfatti** (**G.**). La psicologia sociale e le sue relazioni con la storia. (*R. P. A.*, V, n° 3, mai-juin 1909, p. 181.) — **Calderoni** (**M.**). Una difficoltà del metodo pragmatistico. (*R. P. A.*, V, n° 3, mai-juin 1909, p. 234.) — **Titchener** (**E.-B.**). The psychophysics of climate (*A. J. Ps.*, XX, n° 1, janv. 1909, p. 1.) — **Dearborn.** Médical Psychology. (*M. R.*, 30 janv. 1909, p. 176.)

SOMMEIL. — **Boris Sidis.** An experimental study of sleep. (*The Gorham Press*, 1909.)

ATTENTION. — **Geissler** (**L.-R.**). A critique of professor Wirth's methods of measurement of attention. (*A. J. Ps.*, XX, n° 1, janv. 1909, p. 120.) — **Benussi.** Ueber « Aufmerksamkeitsrichtung » beim Raum-und Zeitvergleich. (Sur l' « orientation de l'attention » dans le temps et l'espace.) (*Zeitschr. f. Psychol.*, LI, part. I, f. 1, 2, 1909, p. 73.) — **Arps** (**G.-F.**) et **Klemm** (**O.**). Der Verlauf der Aufmerksamkeit bei rhythmischen Reizen. (*Psychologische Studien*, IV, f. 6, 1909, p. 505.) — **Titchener** (**P.-B.**). Lectures on the elementary Psychology of Feeling and Attention. (*Macmillan*, New-York.)

MÉMOIRE. — **Kuhlmann.** On the analysis of auditory memory consciousness. (Analyse de la mémoire auditive consciente.) (*A. J. Ps.*, avril 1909, p. 194.)

AFFECTIVITÉ. — **Baldwin** (**J. M.**). La mémoire affective et l'art. (*R. Ph.*, XXXIV, n° 5, mai 1909, p. 449.) — **Ribot** (**Th.**). La conscience affective. (*R. Ph.*, XXXIV, n° 4, avril 1909,

p. 374.) — **Dugas.** L'antipathie dans ses rapports avec le caractère. (*R. Ph.*, XXXIV, n° 3, mars 1909, p. 256.)

ESTHÉTIQUE. — Cirese (E.). I disegni infantili. (*R. P. A.*, V, n° 3, mai-juin 1909, p. 248.) **Fédoroff.** Étude scientifique et artistique de la mimique faciale. (*R. Sc.*, 8 mai 1909.)

LANGAGE. — Buhler (Karl). Ueber das Sprachverständnis vom Standpunkt der Normalpsychologie aus. (La compréhension du langage au point de vue de la psychologie normale.) (*Barth.*, Leipzig.)

ASSOCIATIONS. — Yerkes and Berry. The association reaction method of mental diagnosis (*A. J. Ps.*, janv. 1909, p. 22.) — **Wimmer (A.).** Ueber Assoziationsuntersuchungen, besonders bei schwachsinnigen Kindern. (Recherches sur l'Association, principalement chez les enfants débiles.) (*M. P. N.*, XXV, f. 3, mars 1909, p. 268.)

JUGEMENT. — Macmillan. Reflective judgment. The high water mark in critical philosophy. (*Mind.*, avril 1909, p. 231.)

VOLONTÉ. — Dürr. Uber das Verhältnis des Fühlens zum Wollen. (Rapports du sentiment à la volonté.) (*I. Versammlung der Schwiez. neurolog. Gesells. in Bern.*, 14 mars 1909. *N. C.*, n° 9, p. 509.)

INSTINCT. — Piéron. Les problèmes actuels de l'instinct. (*Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, n° 4, 1908.)

PSYCHOLOGIE COMPARÉE. — Baglioni. Zur Physiologie des Geruchsinnes und des Tastsinnes der Seetiere. (Physiologie de l'odorat et du tact des animaux marins.) (*Centralbl. f. Phys.* XXII, 1909, n° 23.) — **Fayet.** Contribution à l'étude de la psychologie du cheval. (*R. H.*, XXIII, n° 9, mars 1909, p. 282.) — **Mangold.** Sinnesphysiologische Studien an Echinodermen. (*Zeitschr. f. allg. Physiol.*, IX, f. 1, 2, 1909, p. 112.)

GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE.

GÉNÉRALITÉS. — Hirsch (R.). Innere Sekretion. (*Folia serologica*, f. 4.) — **Parhon** et **Golstein.** Les sécrétions internes. (Pathologie et physiologie.) (*Maloine*, Paris 1909.)

HYPOPHYSE. — De Cyon (E.). Quelques mots à propos de la « Contribution à la physiologie de l'hypophyse » de Ch. Livon. (*J. P. P.*, XI, 2, 15 mars. p. 259.) — **Fodera (F.-A.).** et **Pittau (L.).** Studi sull' Hypophysis cerebri. (*Soc. fra. cult. del. Sc. med. e nat. Cagliari* S. 18 fév. 1909. *P.*, XVI, f. 2, mars 1909, p. 337.) — **Neubert.** Ueber Glykogenbefunde in der Hypophyse und in Zentralnervensystem. (Glycogène dans l'hypophyse et le système nerveux central.) (*Z. B.*, XLV, f. 1, 1909.) — **Lucien (M.)** et **Parisot (J.).** Influence sur la thyroïde des injections intraveineuses répétées d'extrait hypophysaire. (*C. R. S. B.*, LXVI, 14, 30 avril, p. 675.) — **Thumim (Léopold).** Beziehungen zwischen Hypophysis und Eierstöcken. (Rapports entre l'hypophyse et les ovaires.) (*B. K. W.*, n° 14, 5 avril 1909, p. 631.) — **Clairmont.** Ueber Transplantation der Hypophyse in die Milz bei Versuchstieren. (Sur la transplantation de l'hypophyse dans la rate chez les animaux de laboratoire.) (*Kong der Deutsch. Gesells. f. chirurgie in Berlin.* 14-17 avril. — *N. C.*, 10, mai, p. 555.)

CORPS THYROIDE. — Brückner. Sur la sécrétion thyroïdienne. (*Réunion biologique de Bucarest.*) (*C. R. S. B.*, LXVI, 11, 26 mars, p. 481.) — **Nürenberg (A.).** Zur Kenntnis des Jodthyreoglebulins. (*Biochem. Zeitschr.*, XVI, p. 87.) — **Fassin (Louise).** Rôle de l'iode dans l'augmentation des propriétés du sérum sous l'influence des produits thyroïdiens. (*C. R. S. B.*, LXVI, 11, 26 mars, p. 457.) — **Salzer (H.).** Zur Frage der Schilddrüsentransplantation. (Transplantation du corps thyroïde.) (*W. K. W.*, n° 11.) — **Salzer.** Zur Frage der Schilddrüsentransplantation. (Question de la transplantation des thyroïdes.) (*Kong. der Deusch. Gesells. f. Chirur. in Berlin.*, 14, 17 avril 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 555.) — **Carraro.** Ueber Schilddrüsenverpflanzungen in verschiedene Organe. (Transplantations des thyroïdes dans divers organes.) (*D. Z. C.*, XCVII, 34, 1909.) — **Sardou (G.).** Corps thyroïde et climat.) (*J. Pr.*, XXIII, 13, 7 mars 1909, p. 198.) — **Lévi (L.).** Corps thyroïde et sénilité. (*Soc. de méd. de Paris*, 29 mai 1909.)

PARATHYROIDES. — Eppinger, Falta et **Rudinger.** Funktion der Epithelkoïperchen. (*Gesellschaft. der Aerzte in Wien.* S. du 26 fév.) — **Fowler (J.-S.).** The functions of the parathyroïds. (*E. M. J.*, vol. II, n° 3, mars 1909, p. 274.) — **Eiselsberg (V.).** Tetania parathyreopriva nach Kropf-operation. (*Gesellschaft fur innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.*) (S. du 11 fév., *W. M. W.*, n° 10, p. 531.)

THYMUS. — Valtora. Timo ed ovaia. (Thymus et ovaire.) (*Annali di ostetrica e ginecologia*, XXXI, 1, 1, 1909.) — **Audebert.** Rôle de la persistance du thymus dans la genèse de la syncope chloroformique. (*Thèse de Paris*, 5 mai 1909.)

C. SURRÉNALES. — Poll (Heinrick). Die Biologie der Nebennieresysteme. (*B. K. W.*, 14, 5 avril 1909, p. 648.) — **Nakahara.** Ueber Veränderungen des Nebennierenmarks nach Nephro und Nephrektomien. (Sur les altérations de la moelle surrénale après néphrotomies et néphrec-

tomies.) (*C. A.*, CXCVI, p. 68.) — **Mulon** (P.). Luteine et pigment surrénal du cobaye. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 12, 2 avril 1909, p. 535.) — **Abderhalden** et **Slavu**. Weitere Studien über das physiologische Verhalten von l —, d — und dl — Suprarenin. (*Zeitschr. f. physiol. Chemie*, LIX, p. 129.) — **Meltzer**. Bemerkungen zur Wirkung von Adrenin auf die Froschpupille. (*D. M. W.*, n° 13, 1909.) — **Comessatti**. Eine einfache Methode zur Bestimmung des Adrenalins im Nebennierengewebe. (Une méthode simple pour la détermination de l'adrénaline dans les surrénales.) (*D. M. W.*, n° 13, 1909.) — **Shima**. Ueber die Erweiterung der Pupille bei Adrenaleintraufelungen in ihrer Abhängigkeit von Zentralnervensystem. II. Die Beziehungen des Rückenmarks zur Adrenalinmydriasis. (Dilatation de la pupille par instillation d'adrénaline, dans ses rapports avec le système nerveux central. Rapports avec la moelle.) (*P. A.*, CXXVII, f. 1, 2, 3, 1909, p. 99.) — **Shima**. Ueber die Erweiterung der Pupille bei Adrenaleintraufelungen in ihrer Abhängigkeit vom Zentralnervensystems. I. Die Beziehung des Grosshirns zur Adrenalinmydriasis. (Son rapport avec le cerveau.) (*P. A.*, CXXVI, f. 5, 6, 7, 8, 1909, p. 269.) — **Bonnamour** (S.) et **Thevenot** (L.). Toxine diphtérique et adrénaline dans la production de l'athérome expérimental. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 9, 12 mars, p. 387.) — **Gouget** (A.). Injections d'adrénaline et sérum athéromatogène. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 9, 12 mars, p. 375.) — **Josué**. A l'occasion de la communication de M. Gouget. (*Ibid.*, p. 376.) — **Ghedini** et **Maschera**. Sulla glicosuria adrenalinica. (*Accademia medica di Genova*. S. du 22 mars.) — **Gautrelet** (J.) et **Thomas** (Louis). Le sérum normal neutralise la glycosurie adrénalique. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 10, 19 mars, p. 438.) — **Leshure**. The physiological action of strong cocain-adrenalin solution. (Action physiologique des solutions fortes de cocaïne-adrénaline. (*N. Y. M. J.*, LXXXIX, 6, 6 fév. 1909.) — **Schrank** (P.). Experimentelle Beiträge zur antagonistischen Wirkung des Adrenalins und Chlorkalziums. (Contributions expérimentales à l'étude de l'action antagoniste de l'adrénaline et du chlorure de calcium. (*Z. K. M.*, LXVII, 1909, p. 230.) — **Meltzer** (S.-J.). Wandert Adrenalin im Nerven ? (L'adrénaline chemine-t-elle dans les nerfs ?) *Archiv fur experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, LIX, 1909, p. 458.) — **Jackson**. The prolonged existence of adrenaline in the blood. (*J. A. Ph.*, XXIII, 1909, p. 226.) — **Bonnamour** (S.) et **Thevenot** (L.). Variations de résistance des lapins à l'adrénaline. (*C. R. S. B.*, LXVI, 12, 2 avril 1909, p. 509.)

OVAIRE. — **Ancel** (P.) et **Bouin** (P.). Sur la fonction du corps jaune. (*C. R. S. B.*, LXVI, 11, 12, 14, 15, 1909, p. 460, 519, 605, 689.) — **Dubreuil** (G.) et **Regaud** (Cl.). Sur les relations fonctionnelles des corps jaunes avec l'utérus non gravide. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 10, 19 mars, p. 413 et *L. M.*, n° 15, 11 avril 1909, p. 745.) — **Regaud** (Cl.) et **Dubreuil** (G.). Corps jaunes, menstruation et rut. (Réponse à P. Ancel.) (*L. M.*, n° 12, 21 mars 1909, p. 585.) — **Mlle Niskombina**. Recherches sur la morphologie et la fonction du corps jaune de la grossesse. (*Thèse de Nancy*, 15 mars 1909.) — **Carmichael** (E. W. S.). Physiologie de l'utérus et de l'ovaire en vue des méthodes chirurgicales conservatrices. (*Edinburgh Obstetrical Society*, 13 janv. 1909.) — **Fellner** (O.). Der Einfluss der Kastration und der Hysterektomie auf das spätere Befinden der operierten Frauen. (Remarques sur le travail de Pankow.) (*M. M. W.*, n° 14, 6 avril 1909, p. 720.) — V. **Hypophyse** : Thumin. **Thymus** : Valtorre.

FOIE. — **Gautrelet** (Jean). La choline, son rôle hypotenseur dans l'organisme. (*J. P. P.*, XI, 2, 15 mars, p. 227.)

PANCRÉAS. — **Vahlen** (E.) Ueber die Einwirkung bisher unbekannter Bestandteile des Pankreas auf den Zuckerabbau. (*Zeistchr. f. physiol. Chemie.*, LIX, p. 194.)

PROCÉDÉS D'EXAMEN CLINIQUE

RÉFLEXES

RÉFLEXES TENDINEUX. — **Shepherd Ivory Franz**. The Knee-jerk in paresis (*A. J. I.*, LXV, n° 3 janv. 1909, p. 471.) — **Zaimovsky** (Mlle). Considérations sur l'état des réflexes chez les enfants. (*These de Paris*, 6 mai 1909.) — **Abundo** (G. d'). Su d'una rara reazione dei riflessi tendinei. (*R. I. N.*, II, f. 4, avril 1909, p. 145.) — **Curschmann**. Uber die Bedeutung der Sehnen und Hautreflexe bei Nephritis und Urämie. (Signification des réflexes rotuliens, et cutanés dans la néphrite et l'urémie.) (*Kong. f. inn. Med. in Wiesbaden*, 19-22 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 552.)

RÉFLEXES PUPILLAIRES. — **Magitot** (A.). L'apparition précoce du réflexe photo-moteur au cours du développement fétal. (*A. Oc.*, n° 3, mars 1909, p. 161.) — **Levinsohn** (G.). Ueber einen Fall von einseitiger reflektorischer Pupillenstarre der rechten und einseitiger Konvergenzstarre der linken Pupille. (Immobilité de la pupille droite à la lumière. Immobilité de la gauche à la convergence.) (*Festschrift zum 40 jährigen Bestehen der Edelschen Heilanstalt.* Berlin, 1909, *A. Hirschwald.*) — **Marx** (E.). Abnormale pupilreacties. (*B. K. W.*, XLVI, n° 9, 1er mars, p. 408.). — **Hess**. Phaenomen der wahren paradoxen Pupillenlichtreaktion.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A.	L'Anomalo.
A. A.	Anatomischer Anzeiger.
A. A. C.	Archives d'anthropologie criminelle.
A. A. P.	Archiv für Anatomie und Physiologie.
A. B. P.	Archivos brasileiros de psychiatria, neurologia e medicinalegal.
A. E. M.	Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques.
A. E. R.	Annales d'électrobiologie et de radiologie.
A. F.	Annali di freniatria.
A. Fi.	Archivi di fisiologia.
A. G.	Archiv für Gynäkologie.
A. G. C.	Archives générales de chirurgie.
A. G. M.	Archives générales de médecine.
A. G. P.	Archiv für die gesammte Physiologie.
A. H. P.	Annales d'hygiène publique et de médecine légale.
A. I. L.	Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.
A. I. P.	Annales de l'Institut Pasteur.
A. J. A.	American journal of anatomy (Baltimore).
A. J. I.	American journal of insanity.
A. J. M. S.	American journal of medical science.
A. J. Ph.	American journal of physiology.
A. J. Ps.	American journal of psychology.
A. J. S.	American journal of surgery.
A. K.	Archiv für Kinderheilhunde.
A. K. C.	Archiv fur Klinische Chirurgie.
Am. N.	American medicine.
An. M.	Anjou médical.
Ar. M.	Argentina medica.
A. M. A.	Archiv für Mikroskopische Anatomie.
A. M. An.	Archives médicales d'Angers.
A. M. A. P.	Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique.
A. M. B.	Archives médicales belges.
A. M. C. P.	Archives médico-chirurgicales de province.
A. M. C. V.	Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang.
A. M. E.	Archives de médecine des enfants.
A. M. N.	Archives de médecine navale.
A. M. N. C.	Annali di medicina navale et coloniale.
A. M. O.	Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.
A. M. P.	Annales médico-psychologiques.
A. M. T.	Archives médicales de Toulouse.
C. M. J.	Cleveland medical journal.
C. O.	Clinique ophtalmologique.
C. P. A.	Centralblatt für pathologische Anatomie.
C. R. A. S.	Comptes rendus et mémoires de l'Académie des sciences.
C. R. S. B.	Compte rendus de la Société de biologie.
C. S.	Clinical studies.
D. A. K. M.	Deutsches Archiv für Klinische Medizin.
D. A. Z.	Deutsche Aerzte Zeitung.
D. J. M. S.	Dublin journal of medical sciences.
D. M. Z.	Deutsche militarärztliche Zeitung.
D. M. W.	Deutsche medizinische Wochenschrift.
D. Z. C.	Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
D. Z. N.	Deutsche Zeitschrfit für Nervenheilkunde.
E.	L'Encéphale.
E. M. J.	Edimburgh medical journal.
E. M. N.	Écho médical du Nord.
E. S. M.	El Siglo medico.
F. M.	Fortschrift der Medizin.
G. E. M.	Giornale di elettricita medica.
G. H.	Gazette des hôpitaux.
G. M. C.	Gazette médicale du Centre.
G. M. I.	Gazetta medica italiana.
G. M. J.	Glasgow medical-journal.
G. M. M.	Gaceta medica de Mexico.
G. M. N.	Gazette médicale de Nantes.
G. M. P.	Gazette médicale de Paris.
G. O. C.	Gazetta degli ospedali e della cliniche.
G. P. C.	Giornale di psichiatria clinica (Ferrare).
G. S. M. B.	Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.
H.	Hospitalstidende.
Hy.	Hygiea.
I. C.	International climes.
I. D.	Inaugural dissertation.
I. M. J.	Interstate medical journal.
I. M. J. A.	Intercolonial medical journal of Australasia.
I. S.	Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.
J. A.	Journal de l'anatomie et de la physiologie.
J. A. M. A.	Journal of the american medical association.
J. A. P.	Journal of anatomy and physiology.
J. A. Ps.	Journal of abnormal psychology.
J. C.	Journal de chirurgie (Paris).
J. C. B.	Journal de chirurgie (belge).
J. C. N. P.	Journal of comparative neurology and psychiatry.
P. K. J.	Psykiatricheskaïa klinike journal.
Pg. M.	Progrès médical.
Ps. M.	Presse médicale.
Pv. M.	Province medicale.
P. M. C. P.	Pesther medizinisch-chirurgische Presse.
P. M. W.	Prager medizinische Wochenschrift.
P. N. W.	Psychriatrische-Neurologische Wochenschrift.
P. P.	Pédiatrie pratique.
Pr.	The Practitioner.
P. R.	Psychological Review.
P. V.	Prakticheskiy Vratch.
Q. J. E. P.	Quarterly journal of experimental psychology.
Q. J. M.	Quarterly journal of medicin.
R. C.	Revue de chirurgie.
R. C. A.	Roussky chirourguitchewsky archiv.
R. C. C. M.	Rivista critica di clinica medica.
R. C. M. B.	Revista de ciencias medicas de Barcelona.
R. F. E.	Revista frenopatica española.
R. F. M. C.	Revue française de médecine et de chirurgie.
R. H.	Revue de l'hypnotisme.
R. H. P.	Revue d'hygiène et de police sanitaire.
R. H. L.	Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.
R. I. C. M.	Revista ibero-americana de ciencias medicas.
R. I. M. C.	Revue internationale de médecine et de chirurgie.
R. I. N.	Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria e elettroterapia.
Re. M.	Revue de médecine.
Ri. M.	Riforma medica.
Rn M.	Rennes médical.
R. M. E.	Revue médicale de l'Est.
R. M. F. C.	Revue médicale de Franche-Comté.
R. M. L.	Revue de médecine légale.
R. M. M.	Revista medica de Minas (Brésil).
R. M. N.	Revue médicale de Normandie.
R. M. S. R.	Revue médicale de la Suisse romande.
R. N.	Revue neurologique.
R. N. P.	Review of neurology and psychiatry.
R. N. P. F.	Revue v. neurologii, psychiatrii, fysikalni a dietetické therapii.
R. O.	Recueil d'ophtalmologie.
R. Ph.	Revue philosophique.
R. Ps.	Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale.
R. P. L.	Rivista di patologia nervosa

A. Ot.	Annales d'oculistique.
A. Ot.	Archives of otology.
A. Op.	Archives of ophtalmology.
A. Pd.	Archives of pediatry.
A. Ps.	Archives de psychologie.
A. P. C.	Archivos de psiquiatria y criminologia (Buenos-Ayres).
A. P. N.	Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.
A. P. N. A.	Archivio di psichiatria, neuropatologia, antropologia criminale.
A. R. R.	Archives of the Röntgen-Ray.
A. S.	Annals of surgery.
A. S. T.	Archiv für Schiffs und Tropenhygien.
A. T. H.	Archives de thérapeutique, d'hygiène et d'assistance coloniale.
A. W. M. Z.	Allgemeine Wiener medizinische Zeitung.
A. Z. P.	Allegemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychische gerichtliche Medizin.
B.	Brain.
B. A. M.	Bulletins et mémoires de l'Académie de médecine.
B. G. G.	Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie.
B. G. T.	Bulletin général de thérapeutique.
B. K. W.	Berliner Klinische Wochenschrift.
B. J. C. D.	Bristish journal of children's diseases.
B. L. O. R.	Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie.
B. M.	Bulletin médical.
B. M. C. J.	Bristol medico-chirurgical journal.
B. M. J.	British medical journal.
B. M. S. J.	Boston medical and surgical journal.
B. S. A.	Bulletins et mémoires de la Société anatomique.
B. S. C.	Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie.
B. S. E.	Bulletin de la Société française d'électrothérapie.
B. S. H.	Bulletins et mémoires de la Société des hôpitaux.
B. S. I.	Bulletins de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris.
B. S. P.	Bulletins de la Société de pédiatrie de Paris.
C.	La Clinique.
Ch.	Chirourguia.
C. C.	Clinica chirurgica.
C. G. M. C.	Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie.
C. I.	La Clinique infantile.
C. I. M.	Centralblatt fur innere Medezin.
C. J.	Clinical journal.
C. L.	Canada Lancet.
C. M. I.	Clinica medica italiana.
J. M. Br.	Journal médical de Bruxelles.
J. M. C. P.	Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
J. M. I.	Journal de médecine interne.
J. M. P.	Journal de médecine de Paris.
J. M. S.	Journal of mental sciences.
J. N.	Journal de neurologie.
J. N. M. D.	The journal of nervous and mental diseases.
J. Pr.	Journal des praticiens.
J. Ph.	Journal of physiology.
J. Ps.	Journal de psychologie normale et pathologique.
J. P. B.	Journal of pathology and bacteriology.
J. P. P.	Journal de physiologie et de pathologie générale.
J. S. M. L.	Journal des sciences médicales de Lille.
K. M. A.	Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
K. P. N.	Klinik für Psychiatrischen und Nerven Krankheiten.
K. S. A.	Korrespondenzblatt für schweister Aerzte.
L.	The Lancet.
L. C.	Lyon chirurgical.
L. M.	Lyon médical.
L. L. M.	La Loire médicale.
L. M. C. J.	Liverpool medico-chirurgical journal.
M.	Il Morgagni.
Ma.	Il Manicomio.
M. B.	Medizinische Blätter.
M. C.	Medical chronicle.
M. G. M. C.	Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.
M. K.	Medizinische Klinik.
M. K H.	Monatsschrift für Kinderheilkunde.
M. M.	Marseille médical.
Mp. M.	Montpellier médica'
M. M. J.	Montreal medical journal.
M. M. W.	Munchener medizinische Wochenschrift.
M. O	Monatsschrift für Ohrenheilkunde.
M. P.	Medical press.
M. P. N.	Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.
M. R.	Medical record.
M. U. I.	Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen.
N.	Le Névraxe.
N. C.	Neurologisches Centralblatt.
N. M.	Nord médical.
Nm. M.	Normandie médicale.
N. M. A.	Nordiskt Medicinkst Arkiv.
N. T. G.	Nederlansch Tidjschrift voor Geneeskunde.
N. Y. M. J.	New-York medical journal.
O. P.	Obozremié Psichiatrie.
P.	Il Policlinico.
P. A.	Pflüger's Archiv für die gesammte Physiologie.
R. S. F.	Rivista sperimentale di freniatria.
R. S. M. A.	Revista de la Sociedad medica argentina.
R. T.	Revue de la tuberculose.
R. V.	Roussky vratch.
R. V. S. M.	Rivista veneta di scienze mediche.
S.	Spitalul.
S. C. M. M.	Bulletins de la Société clinique de médecine mentale.
S. M.	Semaine médicale.
S. M. M. Bo.	Bulletins de la Société de médecine mentale de Bordeaux.
S. M. M. Be.	Bulletins de la Société de médecine mentale de Belgique.
S. M. S. J.	The Scottisch medical and surgical journal.
S. P. M. W.	Saint-Petersburg's medizinische Wochenschrift.
T. G.	Therapie der Gegenwart.
Th.	Thèse de la Faculté de...
T. M.	Tribune médicale.
T. Mh.	Therapeutische Monatshefte.
T. R.	Therapeutische Rundschau.
U. M. N. E.	Union médicale et scientifique du Nord-Est.
U. P. M. B.	University of Pensylvania medical bulletin.
V. A.	Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie für klinische Medizin.
V. G. A.	Von Graefe's Archiv für Augenheilkunde.
V. G. M.	Vierteljahrschrift für Gericthlichen Medizin und Sanitatswesen.
W. K. R.	Wiener klinische Rundschau.
W. K. W.	Wiener klinische Wochenschrift.
W. M. W.	Wiener medizinische Wochenschrift.
Z. A. B.	Zeitschrift für allgemeine Biologie.
Z. A. P.	Zeitschrift für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.
Z. B.	Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie.
Z. C.	Zentralblatt für Chirurgie.
Z. E. P.	Zeitschrift für experimentelle Pathologie.
Z. G.	Zentralblatt für Gynekologie.
Z. K. C.	Zeitschrift für klinische Chirurgie.
Z. K. M.	Zeitschrift für klinische Medizin.
Z. N. P.	Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Z. O.	Zeitschrift für Ohrenheilkunde und für die Krankheiten der Luftwege.
Z. P D. T.	Zeitschrift für physikalische und diætetische Therapie.
Z. P. P.	Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnes organe.
Z. S.	Zeitschrift für Sexualwissenschaft.
Z. T.	Zeitschrift für Tuberkulose.
Z. U.	Zeitschrift für Urologie.

(Véritable réaction pupillaire paradoxale à la lumière.) (*Ärztlicher Verein zu Hamburg*, S. du 9 **fév.** 1909.) — **Percival.** Oscillations rythmiques de la pupille. (*Ophtalmological Society*, 28 janv. 1909.) — **Milian.** L'abolition du réflexe cornéen, signe diagnostique de l'hémiplégie dans le coma. (*Pg. M.*, 18, 1er mai 1909, p. 229.)

DIVERS. — **Kidd** (**L. J.**). Lachrymal Reflexes : Pressure-sensibility of Head and Neck : and the squeezed-tongue-sensation. (*R. N. P.*, VII, n° 3, mars 1909, p. 167.) — **Acquaderni** (**A.**). Il riflesso di Mendel-Bechterew nella Ia e IIa infanzia. (*Ri. M.*, XXV, n° 15, 12 avril 1909, p. 407.) — **Krasnogorski** (**N.**). Ueber die Bedingungsreflexe im Kindesalter. (*B. K. W.*, XLVI, n° 9, 1er mars 1909, p. 410.) — **Bérillon.** Le signe de la détente musculaire ; sa valeur en clinique psychologique. (*G. H.*, n° 34, 23 mars 1909, p. 408. *R. H.*, XXIII, n° 9, mars 1909, p. 275.)

RECHERCHE DE LA SENSIBILITÉ

SENSIBILITÉ TACTILE ET DOULOUREUSE. — **Schönborn.** Einige Methoden der Sensibilitätsprüfung und ihre Ergebnisse an Nervenkranken. (*26 Kongress f. innere Med. Wiesbaden*, 19-22 avril 1909.) — **Head.** Sensibilität und Sensibilitätsprüfung. (*Kong. f. inn. Med. in Wiesbaden*, 19-22 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909. p. 551.) — **Clérambault** (**de**). L'exploration clinique de la sensibilité douloureuse par la pression. (*S. C. M. M.*, II, n° 3, mars 1909, p. 82.)

VISION. — **Armaignac.** Mensuration et notation du champ visuel (*Soc. française d'ophtal. Congrès 1909*, 4 et 5 mai.) — **Moreau.** Nouveau procédé pour dépister l'amblyopie unilatérale simulée. (*L. L. M.*, 16 fév. 1909.)

AUDITION. — **Wanner** (**Fr.**). Bezold's funktionelle Prüfung des Ohres und Taubstummenforschung. (Épreuve de Bezold et recherche de la surdimutité.) (*M. M. W.*, n° 9, 2 mars 1909, p. 455.) — **Rauch.** Bezolds funktionelle Prüfung des Ohres und Taubstummenforschung. (Remarques sur le travail de Wanner.) (*W. M. W.*, 14, 6 avril, p. [719.) — **Kühne.** Die Bezold-Edelmann'sche continuirliche Tonreihe als Untersuchungsmethod für den Nervenarzt. (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909, p. 621.)

OPHTALMOSCOPIE

Greeff. Stauungs-Papille und Gehirnchirurgie. (Sammelreferat.) (Stase papillaire et chirurgie cérébrale.) (*F. M.*. n° 6, 1909, p. 225.) — **Bordley** et **Harvey Cushing.** Observations on Choked disc, with special reference to decompressive cranial operations. (Papille de stase. Opérations craniennes décompressives.) (*J. A. M. A.* LII, 5, 30 janv. 1909, p. 353.) — **Schweinitz** (**de**) et **Holloway.** The operative treatment of papilloedema (Choked-Disk.) with special reference to decompressing trephining. (Le traitement opératoire de l'œdème papillaire, en particulier de la trépanation décompressive.) (*U. P. M. B.*, XXI, n° 11, janv. 1909.) — **Hildesheimer.** Ueber einen sehr seltenen Augenhintergrundbefund. (Aspect très rare du fond de l'œil.) (*Berliner ophtalmolog. Gesellschaft*, 8 mars 1909.) — **Monthus.** Rapport sur le travail du docteur **Çoutela** : Contribution à l'étude de la stase papillaire dans certains traumatismes craniens (coups de feu). *Soc. d'opht. de Paris*, 12 janv. 1909). — **Raymond** et **Kœnig.** Atrophie héréditaire de la pupille. (*B. M.*, XXIII, n° 18, 6 mars 1909, p. 207, et *Acad. de Méd.*, 2 mars.) — **Behr.** Vier Fälle von Komplizierter familiärer infantiler (pueriler) Optikusatrophie. (*Medizin. Gells. in Kiel*, 6 janv. 10909.) — **Jocqs.** Rapport sur le travail du docteur **Bailliart** : Contribution à l'étude du pouls rétinien. (*Soc. d'opht. de Paris*, 2 fév. 1909). — **Grand-Clément** (**E.**). Signification semiologique bien différente, chez l'homme, de la mydriase monoculaire et de l'inégalité pupillaire pour le diagnostic, le pronostic, et le traitement des maladies des centresnerveux. (*L. M.* 13, 28 mars 1909, p. 641).

PONCTION LOMBAIRE. LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Desfosses. Technique de la ponction lombaire. (*Ps. M.*, n° 43, 29 mai 1 909, p. 389.) — **Meyer** (**E.**). Zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. (*N. C.*, n° 8, 16 avril 1909, p. 402.) (*Verein für Wissenschaftliche Heilkunde zu Konigsberg i. Pr* séance 8 mars 1909.) — **Ziveri** (**Alb.**). Ricerche sulla cosi detta Fase Ia di Nonne Apelt (Rn-della globulina) nel liquido cefalo-rachideo nella pratica psichiatrica. (*R. I. N.*, II, f. 5, mai 1909, p. 214.) — **Mestrezat** (**W.**) et **Gaujoux** (**E.**). Présence de nitrates et de nitrites dans le liquide céphalo-rachidien. Perméabilité méningée aux nitrates. (*C. R. S. B.*, n° 10, 19 mars 1909, p. 424.) — **Ziveri** (**Alberto**). Modificatione al metodo di ricerca della colina e nuove indagini sulla presenza di essa e di lecitina nel liquido cefalo-rachideo. (*R. P. N.*, XIV, f. 3, mars 1909, p. 134.) — **Mestrezat** (**W.**) et **Anglada** (**J.**). Autochromie du liquide céphalo-rachidien dans un ictère par rétention avec urobiline et hyperglycose. Passage tardif des pigments biliaires dans ce liquide. (*C. R. S. B.*, LXVI, 15, p. 711.) — **Widal** (**F.**). Remarques a propos de la communication de MM. Mestrezat et Anglada. (*Ibid.*, p. 713.) — **Ridder** (**Paul de.**) La ponction lombaire dans les affections oculaires. (*Bull. de la Soc. belge d'ophtalm.*, n° 25.) — **Widal** (**Fernand**) et

Brissaud (**Étienne**.). Épanchement puriforme aseptiquedes méninges avec polynucléaires histologiquement intacts. Bénignité du pronostic immédiat malgré l'intensité et la longue durée des troubles méningés. (*B. S. M. H.*, n° 8, 4 mars, p. 363.) — **Widal** (**F.**). Les épanchements puriformes aseptiques des méninges avec polynucléaires histologiquement intacts. La bénignité de leur pronostic immédiat. (*Rev. mens. de Med. int. et de Terapeut.*, I, n° 1, 15 avril 1909, p. 1.) — **Sachs**. Bemerkung zu der Arbeit: Ueber einen seltenen Befund von intracellulären Streptokokkenketten im Spinalpunktat. (*Monats. f. Geburtsh*, avril 1909, p. 499.) — **Dufour** (**R.**). Des résultats de la ponction lombaire dans l'insolation. (*R. N.*, XVII, n°6, 30 mars 1909, p. 317.) — **Breillat**. La ponction lombaire dans les formes méningées de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Sa valeur thérapeutique. (*Th. Bordeaux*, 19 mars 1909.) — **Le Filliâtre** et **Rosenthal**. Le drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien. Sa technique. (*Soc. de l'int. des hôp. de Paris*, 22 avril 1909.) — **Le Filliâtre**. Dose maxima de liquide céphalo-rachidien dans la ponction lombaire. (*G. M. P.*, n° 32, 15 mars 1909, p. 8.) — **Anglada**. Le liquide céphalo-rachidien. (Bilan actuel du diagnostic par la ponction lombaire.) *Th. Montpellier*, 8 mai 1909.) — **Mihet** et **Lavoix**. La mort suite de ponction lombaire. (*E. M. N.*, XIII, n° 17, 25 avril 1909, p. 193.) — **Lavoix**. La mort suite de ponction lombaire. (*Th. Lille*, 15 mars 1909.) — **Bever**. Plötzlicher Exitus letalis nach Hirnpunktion und Lumbalpunktion bei einem Fall von otogenen Hirnabszess. (Mort subite après ponction cérébrale et ponction lombaire dans un cas d'abcès cérébral d'origine otique.) (*Z. O.*, LVII, f. 4, 1909, p. 332.) — **Vigouroux**. Écoulement du liquide céphalo-rachidien par les fosses nasales. (*Ps. M.*, n° 39, 15 mai 1909, p. 345.) — Voy. **Syphilis, tabes, paralysie générale, diphtérie, echinococcose, urémie, lèpre, méningite tuberculeuse**.

ÉLECTRODIAGNOSTIC. — **Guyenot**. Une méthode spéciale d'électrodiagnostic. (*Académie des sciences*, 15 fév. 1909.) — **Weiss** (**G.**). Le galvanomètre à corde et l'électrocardiographie. (*Ps. M.*, n° 33, 24 avril 1909, p. 289.) — **Strubell**. Elektrocardiographische Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie des Herzschlags. (*B. K. W.*, XLVI, n° 16, 19 avril 1909, p. 738.) — **Prioram** (**A.**). Ueber die Bedeutung des Elektrokardiogramms für die Beurteilung von Herz Krankheiten. (*Verein Deutscher Aerzte in Prag.*, 5 fév. 1909.) — **Rothberger**. Ueber das Elektrokardiogramm. (*W. K. W.*)

RADIOGRAPHIE. — **Knox** (**R.**). Radiography as an aid to the diagnosis of diseases and injuries of the skull and brain. La radiographie au point de vue des maladies et des lésions du crâne et du cerveau. (*L.*, 10 avril 1909, p. 1041.)

SEMÉIOLOGIE GÉNÉRALE

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

ANESTHÉSIE. — **Calligaris** (**G.**). Die Segmentale Abgrenzung der Anästhesie. Territoires segmentaires de l'anesthésie. (*M. P. N.*, XXV, 5, mai 1909, p. 477.) — **Giuseppe Calligaris**. Ueber die Bedeutung der Gestalt der beiden anästhesischen Zonen. (Signification de la forme des deux zones anesthésiques.) (*B. K. W.*, XLVI, n° 12, 22 mars 1909, p. 535.) — **Gerhardt**. Beitrag zur Lehre von der Lokalisation sensibler Lähmungen. (*26. Kongress f. innere Med. Wiesbaden*, 19-22 avril 1909.)

HÉMIANESTHÉSIE. — **Achard** (**Ch.**). A propos de l'hémianesthésie organique. (*Soc. de Neur. de Paris*. S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 351.) — **Freiherr** (**W.**) et **Stauffenberg** (**V.**). Zwei Fälle von Hemianästhesie ohne Motilitätsstörung. (Deux cas d'hémianesthésie sans troubles de la motilité.) (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909, p. 683.)

HYPERESTHÉSIE. — **Vitek** (**V.**). Další pozorování o významu hyperaesthesie v oblasti sympathických pleteni. (*R. N. P. F.*, VI, n° 5, mai 1909, p. 218.)

DOULEUR. — **Le Gendre**. Seméiologie de la douleur. (*J. Pr.*, XXIII, n° 11, 13 mars 1909, p. 163.) — **Sidney Abrutz**. Die verschiedenen Schmerzqualitäten. (Les diverses qualités de douleur.) (*Skand. Arch. f. Physiol.*, XXI, f. 4, 5, 1909, p. 237.)

HÉMIANOPSIE. — **Riegel**. Cas particulier d'hémianopsie.) (*Nürnberger medizinische Gesellschaft*. S. du 3 déc. 1908.) — **Bouman** (**K.-H.**). Ueber die Klinisch-diagnostische Bedeutung der binasalen Hemianopsie und über den Bau des Chiasmas nervorum opticorum beim Menschen. (Sur la signification clinique de l'hémianopsie binasale, et sur la constitution du chiasma optique chez l'homme. (*M. P. N.*, XXV, 5, mai 1909, p. 387.) — V. **Aphasie** : Bendixsohn. **Intoxications** : Ruehte.

TROUBLES DE LA VISION COLORÉE. — **Nagel**. Ueber typische und atypische Farbensinnstörungen nebst einen Anhang : Erwiderung an Herrn Dr Guttmann. (Troubles typiques et atypiques de la vision des couleurs. Réponse au docteur Guttman.) (*Z. P. P.*, Abt. 2, XLIII, f. 4, p. 299.) — **Caillaud**. De l'hémianopsie, sa valeur au point de vue clinique. (*G. H.*, n° 33, 20 mars 1909.)

ÉRYTHROPSIE. — **Moriz Benedik**. Ein eigentumliches Shoksyndrom von gekreuzter Hemiadynamie mit Erythropsie. (Schok avec syndrome d'hémiadynamie croisée et d'érythropsie.) (*W. M. W.*, LIX, 15, 10 avril 1909, p. 806.)

TROUBLES DE LA MOTILITÉ

ATONIE. — **Orbison (T.-J.)**. Amyotonia congenita : the record of a case with the accompanying clinical findings. (*J. N. M. D.*. XXVI, n° 4, avril 1909, p. 204.)

PARALYSIES. — **Schulthess (W.)**. Ueber die Funktionsprüfung der Muskeln bei Lähmungszsständen und die Grundsätze der mechanischen Behandlung motorischer Defekte und paralytischer Deformitäten. (Epreuve des fonctions musculaires dans les états paralytiques et fondements du traitement mécanique des troubles moteurs et des déformations paralytiques.) (*I Versammlung der Schweiz. neurolog. Gesells. in Bern.*, 13 mars 1909. *N. C.*, n° 9, p. 502.) — **Semeleder**. Lähmung beider unterer Extremitätem. (*K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*. S. du 5 mars, 1909.) — **Gordon Lambert**. A case of crossed paralysis. (Un cas de paralysie croisée.) (*B. M. J.*, 16 avril 1909, p. 897.) — **Parker**. Causes of transient cerebral paralyses. (Causes des paralysies cérébrales passagères.) (*B. M. C. J.*, mars 1909, p. 15.) — **Egger (M.)**. Paralysie du mouvement volitionnel avec conservation du mouvement automatique. (*Soc. de Neur.* S. du 1er avril 1909. *R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 528.) — V. **Spondylites** : Wassiliew.

HÉMIPLÉGIE. — **Tetzner (Rudolf.)** Ueber das Verhalten des weichen Gaumens bei der cerebralen Hemiplegie. (Etat du voile dans l'hémiplégie cérébrale.) (*N. C.*, XXVIII, n° 10, 16 mai 1909, p. 520.) — **Miyake**. Ein Fall von traumatischer Aphasie mit rechtseitiger Hemiplegie bei Linkshändigen. Trepanation. Heilung. (Aphasie traumatique avec hémiplégie droite chez un gaucher.) (*A. K. C.*, LXXXVIII, 3.) — **Marie (A.)**. Hémiplégie d'origine traumatique. (*S. C. M. M.*, II, n° 4, avril 1909, p. 128.) — **Sainton**. Traitement de l'hémiplégie par hémorragie ou ramollissement. (*B. M.*, 14 avril 1909.) — **Kouindjy**. Traitement kinésithérapique des hémiplégiques. (*Ps. M.*, n° 44, 2 juin 1909, p. 402.) — **Kouindjy**. Le traitement des hémiplégies. (*Arch. gén. de kinésithérapie*), mars 1909.) — **Leszynsky**. Traitement des sujets atteints d'hémiplégie après apoplexie. (*M. R.*, 25 mars 1909.) V. **Aphasie** : Miyake. **Scarlatine** : Gouget.

CATATONIE. — V. **Démence précoce, cancer vertébral.**

CONTRACTURES — **Fragnito (O.)**. Sulla rigidità spastica congenita. (*An. N.*, XXVI, f. 5, 6, p. 253.) — **Hasebrock**. Uber infantile Muskelspannung und ihre phylogenetische Bedeutung für die spastischen Kontrakturen. Le tonus musculaire infantile et sa signification phylogénétique pour la contracture spastique. (*Kong. f. inn. Med. in Wiesbaden*, 19-22 avril 1909. (*N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 552.) — **Klippel** et **Weil (P.)**. De la flexion spontanée du pouce par redressement provoqué des autres doigts chez les hémiplégiques contracturés. (*Soc. de Neur.* S. du 1er avril 1909, *R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 506.) — **Schlesinger (Arthur)**. Ueber Fingerbeugekontrakturen. (Contracture en flexion des doigts.) (*Berliner medizinische Gesellschaft*, 10 mars. *B. K. W.*, 13, 29 mars, p. 606.) — **Polack (A.)**. Contracture monolatérale du releveur de la paupière supérieure. (*A. Oc.*, CXL, 2, fév. 1909, p. 115.) — **Morax (V.)**. Rétraction spasmodique unilatérale de la paupière datant de l'enfance. (*Ibid.*, p. 121.) — **Gottstein**. Zwei Fälle von Förster'scher Operation nach spas-tischen Lähmungen. (*B. K. W.*, XLVI, n° 17, 26 avril 1909, p. 784. — V. **Hystérie** : Bousquet et Anglade.

MALADIE DE VOLKMNAN. — **Frœlich**. Paralysie ischémique de Volkmann (considérations à propos de huit cas personnels.) (*Soc. méd. Nancy*, 13 janv. *A. G. C.*, 25 avril 1909.) — **Jones (Robert.)** Traitement de la contracture musculaire ischémique. (*L. M. C. J.*, janv. 1909.) — **Nehrkorn**. Zur operativen Behandlung der ischämischen Vorderarmkontraktur. (*Zeistch. für Orthopäd chir.*, XXIII, f. 1, 2.) — **Jones (R.)**. On a simple method of dealing with Volkmann's ischemic paralysis. (Simple ligne de conduite avec la paralysie ischémique de Volkmann. (*L. M. C. J.*, janv. 1909, p. 104.) — **Heymann**. Ischämische Kontraktur. (*Freie Vereinig der Chirurgen Berlins*, 8 mars 1909.) — **Denucé**. Contracturé ischémique (paralysie et contracture ischémique de Volkman. (*Revue d'orthopédie*, X, 1, 1er janv.)

TREMBLEMENTS. — **Raymond**. Intoxication et névrose trémulante. (*J. Pr.*, XXIII, 13, 27 mars 1909, p. 197.) — **Levi (E.)**. Ein neuer vervollkommneter Clonograph und seine Anwendungsweise. (*N. C.*, n° 8, 16 avril 1909, p. 414.) — **Lugiato**. Un nuovo tremografo analizzatoré degli elementi costitutivi e delle varie direzioni dei movimenti nel tremore. (Nouveau trémographe analysateur des éléments constitutifs et des diverses directions des mouvements dans le tremblement. (*R. P. N.*, XIV, f. 5, mai 1909, p. 204.)

NYSTGAMUS. — **Sebileau** et **Lemaitre**. Réflexe nystagmique et bouchon de cérumen. (*Soc. d'Ophtalmologie de Paris*, 2 mars 1909 et *A. Oc.*, CXL, 3 mars 1909, p. 181.) — **Romicé**. Du nystagmus des mineurs. *Bull. de la soc. belge d'ophtalm.*, mars 1909.) — **Meignan**. Nystag. mus de myoclonie. (*Th. Paris*, 25 mars 1909.) — **Kiproff**. Quantitative Messung des Kalorischen Nystagmus bei Labyrinthgesunden. (*Beitrage zur Anat., Phys., Path. und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses*, II, 1 et 2.) — **Kaufmann**. Du nystagmus d'origine labyrin-

thique. (*An. M.*, XVI, n° 4, avril 1909, p. 91.) — **Dan M'Kenzie**. Labyrinthine Nystagmus. (*J. L.*, fév. 1909, p. 60.) — **Dodge** et **Diefendorf**. An Analysis of the voluntary eye movements in a case of congenital binocular lateral nystagmus ; from photographie records. (Analyse des mouvements oculaires volontaires dans un cas de Nystagmus binoculaire congénital.) (*A. Op.*, janv., 1909, p. 1.) — **Porter (W.-G.)**. Nystagmus des rechten Stimmbandes und des weichen Gaumens bei einem Falle von zerebraler Erkrankung. (Nystagmus de la corde vocale droite et du voile du palais dans un cas de maladie cérébrale.) (*Zeitschr. f. Laryngol. u. Rhinol.* I f. 6, 1909, p. 745.)

MYOKIMIES. — **Cruchet (R.)**. Des myokimies et des acaralgies éphémères. (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1909, *R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 513.)

PARAMYOCLONUS MULTIPLEX. — **Stadler**. Paramyoclonus multiplex. (Présentation de malade.) (*Medinizische Gesellschaft zu Leipzig*, 12 janv., *M. M. W.*, 13, p. 612.)

SPASMES. CRAMPE DES ÉCRIVAINS. — **Macé de Lépinay**. Claudication intermittente du bras. (crampe des écrivains d'origine artérielle.) (*A. M. C.*, mars 1909, p. 144.) — **Macé de Lépinay**, Etude sur les crampes professionnelles. (Spasmes fonctionnels. Névroses coordinatrices d'occupation.) (*I. S.*, XXII, n° 1, janv.-fév. 1909, p. 65 et *Thèse de Paris*, mars 1909.) — **Walsh**. Muscular spasm due to muscular exertion in a heated atmosphere. (Spasme musculaire du à l'effort musculaire en atmosphère chaude.) (*J. A. M. A.*, 10 avril 1909, p. 1178.) — **Lallement (A.)** L'électrothérapie dans les spasmes fonctionnels. (*A. E. M.*, n° 250, 25 fév. 1909.)

TICS. — **Dubois**. Observations du tic douloureux de la face. (*B. S. E.*, déc , 1908, p. 303.) — **Libotte**. A propos du tic douloureux. (*B. S. E.*, déc. 1908, p. 306.) — **Scripture**. Tics and their Treatment. (*A. Pd.*, janv. 1909, p. 10.) — **Chavigny**. Psychotérapie des tics et procédés adjuvants. (*R. H.*, XXIII, n° 9, mars 1909, p. 277.) — **Desplats (R.)**. Contribution à l'étude du traitement du tic douloureux de la face par l'introduction électrolytique de l'ion salicylique. (*J. S. M. L.*, 17 avril 1909, p. 363.) — **Decroly**. A propos d'un cas de tic fortement amélioré par les traitements de Pitres et de Brissaud combinés à l'emploi du travail manuel. (*J. N.*, XIV, n° 6, 20 mars 1909, p. 101.)

CHORÉES. — **De Renzi (T.)**. Corea di Sydenham. (*La nuova Rivista clinico-terapeutica*, n° 2, fév. 1909.) — **Maurier**. De l'hérédité directe et similaire dans la chorée de Sydenham. (*Thèse de Paris*, 6 mai 1909.) — **Bernard**. Les troubles oculaires dans la chorée de Sydenham. (*Thèse de Paris*, 6 mai 1909.) — **Graves**. A Study of the respiratory signs of chorea minor (*J. A. M. A.*, 30 janv. 1909, p. 364.) — **Stadler**. Chorée de Huntington. (Présentation.) (*Medizinische Gesellschaft zu Leipzig*, 12 janv., *M. M. W.*, 13, p. 682.) — **Léri** et **Vurpas**. L'état mental dans la chorée de Huntington. (*Soc. de psychiatrie*, 22 avril 1909. *E.*, IV, n° 5. 10 mai 1909, p. 510.) — **Frankl-Zuckmantel**. Die physikalische Therapie der Chorea. (*Z. P. D. T.*, mars 1909.)

TÉTANIE. — **Falta** et **Rudinger**. Klinische und experimentelle Studien über die Tetanie (*26 Kongress f. innere Med. Wiesbaden*, 19, 22 avril 1909.) — **Fiori Ratti**. Contributo allo studio della tetania. (*G. Bertero e C.*, 1909, Rome.) — **Weil (Albert) Babonneix** et **Harvier**. Note sur les réactions électriques dans la tétanie des nourrissons. (*B. S. P.*, janv. 1909, p. 9-13.) — **Spieler**. 10 Jähriges Mädchen mit chronischer Tetanie. (*K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 26 fév. 1909.) — **Hœsslin (V.)**. Un cas de tétanie grave. (*Aerztlicher Verein München*. 20 janv. 1909.) — **Thévenot (L.)**. Sténose du pylore avec tétanie ; gastro-entéro-anastomose ; mort par tuberculose pulmonaire. (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 9 mars ; *L. M.*, n° 13, p. 671.) — **Falta** und **Rudinger (K.)**. Arbeitertetanie. (Tétanie des travailleurs.) (*Gesellschaft der Aerzte in Wien*. S. du 12 mars 1909.) — **Böse**. Postoperative Tetanie. (*K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*. S. du 26 fév. 1909.) — **Babonneix** et **Harvier**. Lésions encéphaliques dans la tétanie expérimentale. (*C. R. S. B.*, LXVI, 15, p. 684.) — **Callum** et **Voegtlin**. Die Beziehungen der Tetanie zu den Epithelkörperchen und zum Kalkstoffwechsel. (Rapports de la tétanie avec les parathyroïdes et la nutrition calcique.) (*J. Exper. Med. Lancaster. Pa.*, n° 1.) — V. **Parathyroïdes**.

CONVULSIONS. — **Esch**. Ueber Krämpfe bei Neugeborenen. (Convulsions des nouveau nés.) (*A. G.*, LXXXVIII, f. 1, 1909. p. 60.)

ÉPILEPSIE. — **Porter**. The problem of epilepsy. (*M. R.*, 13 mars 1909. p. 430.) — **Bramwel (Edwin)**. Le problème des épileptiques « sains d'esprit », (*Edinburgh Médical Soc.*, 3 mars 1909.) — **Redlich (E.)**. Uber die Beziehungen der genuinen zur symptomatischen Epilepsie. (Sur les rapports de l'épilepsie essentielle avec l'épilepsie symptomatique) (*D. Z. N.*, XXXVI, f. 3, 4, p. 197.) — **Milivoj Kostié**. Zwei operativ behandelte Fälle von Jacksonscher Epilepsie. (Deux cas d'épilepsie jacksonienne traités chirurgicalement.) (*W. K. R.*, XXIII, n° 13, 28 mars 1909, p. 193.) — **Hermann**. Symmetrische Apoplexie der Ammonshorngegend bei Epilepsie. *N. C.*, n° 7, 1er avril 1909, p. 338.) — **Negro** et **Rovasenda**. Epilessia cerebellare. (*Reale Accademia di med. di Torino*. S. du 23 avril 1909.) — **Max Serog**. Versuche über die Beziehungen zwischen Epilepsie und Alkoholwirkung. (Recherche sur les rapports entre l'épilepsie et

l'action de l'alcool. (*I. D. Giessen*, mars-avril 1909.) — **Renault** et **Guenot**. Epilepsie dans le cours de la période secondaire de la syphilis. (*Soc. franc. de derm. et de siphyl.*, 29 mars 1909.) — **Rodiet**. Des rapports de la migraine et de l'épilepsie. (*G. H.*, 51, 4 mai 1909, p. 637.) — **Sarthou**. Appendicite et épilepsie reflexe. (De la pathogénie des epilepsies.) (*Thèse de Toulouse*, 24 mai 1909.) — **Stern**. Uebergänge des nächtlichen Aufschreckens zum epileptischen Anfall. (Transformations des frayeurs nocturnes en accès épileptique.) (*W. K. W.*, n° 12, 25 mars 1909, p. 415.) — **Muskens**. Prodromal motor sensory and other symptoms and their clinical significance. (*Epilepsia, Amsterdam*, 1909.) — **Bertrand**. De l'épilepsie procursive et fugue épileptiques. (*Thèse de Paris*, 18 juin 1909.) — **Rodiet** (**A.**) **Pansier** (**P.**) et **Cans** (**F.**). Les yeux pendant l'attaque d'épilepsie. (*suite et fin.*) (*J. N.*, XXIV, n° 4, 20 fév. 1909, p. 41.) — **Marchand** (**L.**). Etat de mal épileptiforme, confusion mentale et amnésie rétro-antérograde consécutifs à une tentative de pendaison. (*J. N.*, XIV, n° 7, 5 avril. p. 121.) — **Doury**. De la dissidence épileptique chez les enfants et les adolescents. (*Thèse de Paris*, 22 mai 1909.) **Strauss** (**H.**). Die Methodik der salzarmen Ernährung bei Bromkuren (insbesondere bei Epilepsie.) (*Hirschwald, Berlin*, 1909.) — **Delabrousse** (**F.**). Influence du régime ovo-lacto-végétarien dechloruré avec ou sans médication bromurée sur la fréquence et l'intensité des crises d'épilepsie. (*Nm. M.*, 15 avril 1909, p. 275.) — **Tomasini**. Stato epilettico ed acetonemia. (*Ma.* XXIV, n° 2.) — **Zurzak** (**H.**). Serotherapeutische Versuche bei Epilepsie. (Recherches sérothérapiques dans l'épilepsie.) (*W. M. W.*, n° 10, 6 mars 1909, p, 512.) — **Rohde** (**E.**). Stoffwechseluntersuchun gen an Epileptikern. (Recherches sur les échanges nutritifs chez les épilepiques.) (*D. A. K. M.*, XCV, 1 et 2.) — **Waldmann**. Epilepsie et médication thyroïdienne. (*Thèse de Lyon*-11 mars, 1909.) — **Raymond** et **Sérieux**. La responsabilité et la condition sociale des épileptiques. (*Epilepsia-Amsterdam*, 1909, f. 1.) — V. **Angiome cérébral** : Tuffier. **Méningite** : Pic et Tartanson.

ÉCLAMPSIE. — **Harte**. Bericht über die in den letzen 10 Jahren an den Würzburger Frauenklinik vorgekommenen Fälle von Eklampsie. (Cas d'éclampsie survenus à la clinique gynécologique de Wurzbourg en ces dix dernières années.) (*Frankische gesellschaft für geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 30 janv. 1909.) — **Gronau** (**A.**). Ueber die Eklampsiefälle an der Universitäts-Frauenklinik zu Wurzburg in den Jahren 1898-1908. (*I. D. Wurzburg.*, fév., 1909.) — **Freund** (**R.**). Zur placentaren Eklampsie-Ætiologie. (*B. K. W.*, XLVI, 15, 12 avril 1909, p. 682.) — **Moussa-Kassem**. Contribution à l'étude du traitement médical de l'éclampsie puerpérale. (*Thèse de Montpellier*, 15 mai 1908.) — **Reifferscheid**. Die Dekapsulution der Nieren bei der Eklampsie. (*Zeitsch. f. Gynak. Urologie.*, I f. 3.) — **Halliday Crown**. Renal decapsulation in puerpéral éclampsia. (*E. M. J.*, II, n° 5, mai 1909, p. 443.) — **Buist**. Renal decapsulation in puerperal cases. (*Ibid.*, p. 452.) — **Oliphant Nicholson**. The physiolagical basis for decapsulation of the kidney in eclamptic anuria. (*Ibid.*, p. 456.)

TROUBLES DE LA COORDINATION ET DE L'ÉQUILIBRE

ATAXIE. — **Egger**. Un nouveau cas d'ataxie sans troubles sensitifs. (*Soc. de neurol. de Paris*. S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1999, p. 382.) — **Skala**. Příspěvek K. učení o ataxii. (Contribution à l'étude de l'ataxie.) (*R. N. P. F.*, VI, n° 4, avril 1909, p. 172.) — **Schultze**. Zur Lehre von der acuten cerebellaren Ataxie. (Ataxie cérébelleuse aiguë.) (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909, p. 489.) - **Weir Mitchell**. Motor ataxy from emotion. (Ataxie motrice par émotion.) (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 5, mai 1909, 257.)

ASTASIE-ABASIE. — **Wentzel** (**H.**). Beitrag zur Lehre von der Astasie und Abasie. (*I. D., Kiel.*) — **Truelle**. Astasie abasie délirante ou simulée. (*S. C. M. M.*, 11, n° 4, avril 1909, p. 103.)

VERTIGES. — **Syme** (**W. S.**). Aural vertigo. (*B. M. J.*. 10 avril 1909, p. 891.) — **Sellier** (**J.**). Du vertige stomachal. (*R. F. M. C.*, n° 5, 10 mars.) — **Herzer**. Eine neue Behandlungsweise des Menièreschen Symptomenkomplexes. (Un nouveau mode de traitement du syndrome de Ménière.) (*M. M. W.*, LVI, n° 20, 18 mai 1909, p. 1023.)

DÉSORIENTATION. — **Ingelrans**. Le monde à l'envers. (Sur quelques troubles de l'orientation et leur origine corticale présumée.) (*Pv. M.*, XXII, 16, 17 avril 1909, p. 167. *E. M. N.*, XIII, n° 16, 18 avril 1909, p. 181.)

TROUBLES DU MOUVEMENT VOLONTAIRE ET DE LA VOLONTÉ

APRAXIE. — **Raymond**. L'apraxie. (*B. M.*, n° 25, 31 mars 1909, p. 295.) — **Dromard** (**G.**) et **Mlle Pascal**. Valeur sémiologique de l'apraxie. (*Ps. M.*, n° 31, 17 avril 1909, p. 275.) — **Rose** (**F.**) et **Touchard** (**P.**). Hémiplégie droite et apraxie gauche. (*Soc. de psychiatrie*, 22 avril 1909. *E.*, IV, n° 5, 10 mai 1909, p. 524.) — **Raymond** (**F.**), **Claude** (**Henri**) et **Rose** (**F.**). Apraxie, agnosie et aphasie au cours d'un syndrome encéphalo-méningé. (*B. S. M. H.*, n° 8, 4 mars 1909, p. 350.)

ÉCHOPRAXIE. — **Boschi** (**G.**) et **Montemezzo**. Su la Ecoprassia. (*R. P. A.*, V, n° 3, mai-juin 1909, p. 199.)

ABOULIE. — **Rogues de Fursac** et **Capgras** (J.). Un cas d'aboulie motrice simulant la mélancolie et guéri au bout de cinq ans. (*E.*, IV, n° 4, 10 avril 1909, p. 352.)

TROUBLES DU LANGAGE

APHASIE. — **Liepmann.** Zum Stande der Aphasiefrage. (*N. C.*, XXVIII, n° 9, 1er mai 1909, p. 449.) — **Collier** (J.). Recent work on aphasia. (Travaux récents sur l'aphasie.) (*B.*, XXXI, 1908, p. 523.) — **Wilson** (S. A. K.). A review of the question of aphasia. (*R. N. P.*, VII, n° 3, mars 1909, p. 151.) — **Alessandrini.** Le afasie secondo la scuola romana. (*M.*, LI, parte 11, n°s 18 et 21, 27 mars et 11 avil 1909, p. 281 et 321.) — **Benvenuti** (E.). Centro di Broca e afasia motrice. (*Ri M.*, XXV, n°s 19 et 20, 10, 17 mai 1909, p. 511 et 541.) — **Saint-Paul.** Aphasie, langage intérieur et localisations. (*Pg. M.*, 14, 3 avril 1909, p. 177.) — **Saint-Paul** (G.). L'aphasie de Broca. Existe-t-il des centres d'images verbales? (*T. M.*, n° 16, 17 avril, p. 245.) — **Nissl von Mayendorf.** Die aphasischen Symptome und ihre corticale Lokalisation. (*Engelmann*, Leipzig, 1909.) — **Miyake.** Ein Fall von traumatischer Aphasie mit rechtseitiger Hemiplegie bei Linkshandigen; Trepanation; Heilung. (Aphasie traumatique avec hémiplégie droite chez un gaucher. Trépanation. Guérison.) (*A. K. C.*, LXXXVIII, 3, 1909.) — **Silvestri** (G.). Un caso di traumatismo cerebrale. Lesione dell' emisfero destro con afasia motoria. (*P. Sez. prat.*, f. 16, 18 avril 1909, p. 495.) — **Vouters** et **Chevallier.** Aphasie motrice et agraphie transitoires, sans aphasie sensorielle après intervention sur le lobe frontal gauche. (*Soc. de neur. de Paris.* S. du 4 mars 1909. *R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 371.) — **Port.** Kortikale motorische Aphasie nach Pneumonie. (*M. M. W.*, LVI, n° 16, 20 avril 1909, p. 806.) — **Marina** (A.). La questione delle afasie. (*P. Sez. Prat.*, XVI, f. 19, 9 mai 1909, p. 581.) — **Heilbronner.** (K.). Zur Symptomatologie der Aphasie mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Sprachverständnis Nachsprechen und Wortfindung. (*A. P. N.*, XLIII, f. 1-2.) — **Guthrie-Raunik.** Clinical lecture on aphasia. (*C. J.*, 10 fév. 1909,, p. 273.) — **Vigouroux** (A.). Deux cas d'aphasie sensorielle. (*S. C. M. M.*, V, n° 2, fév. 1909, p. 55.) — **Bendixsohn.** (H.). Aphasie und Hemianopsie. (*I. D.*, Greifswald, mars 1909.) — **Viner.** Aphasia, auditory and motor, with re-education.. (*M. M. J.*, janv. 1909, p. 23.) — **Boris Zuckermann.** Ueber den Wortschatz der Aphatiker (Sur le vocabulaire des aphasiques.) (*Journal für Psychol. und Neurol.*, XII, 4, 1909, p. 171. — **Raecke.** Eine ungewöhnliche Form der Sprachstörung. (Forme anormale de troubles de langage.) (*Physiologischer Verein in Kiel.* S. du 8 fév. 1909.) — V. **Lésions lenticulaires** : Francotte. **Paralysie générale** : A. Marie. **Hystérie** : Fare.

ÉCRITURE EN MIROIR. — **Maillard.** Neuf cas d'écriture en miroir spontanée chez des enfants anormaux. (*Soc. de psychiatrie.* S. du 18 mars 1909, *E.*, IV, n° 4, 10 avril 1909, p. 384.)

MICROGRAPHIE. — **Boedeker** und **Juliusburger.** Uber einen Fall von Mikrographie. (*Psychiatrischer Verein zu Berlin.* S. du 13 mars 1909.)

TROUBLE DE LA MIMIQUE. — **Rosenfeld** (M.). Ueber die Storungen der Ausdrucksbewegungen. (Sur les troubles des mouvements de l'expression.) *Naturwissenschaftl. Medizin. Werein zu Strasbourg*, 19 fév. 1909.)

TROUBLES DE LA MÉMOIRE

GÉNÉRALITÉS. — **Gregor** (A.). Beitrage zur Psychopathologie des Gedachtnisses. (Contribution à la psychopathologie de la mémoire). (*M. P. N.*, XXV, f. 3-4, mars-avril 1909, p. 218 et 239.) — **D'Ovidio** (E.). Enfermedades de la memoria. (*Archivos de Pedagogia y ciencias afines*, V, n° 13, janv. 1909, p. 39.)

AMNÉSIE. — **Richardson** (W. W.). Traumatic Amnesia. (*A. J. I.*, LXV, n° 3, janv. 1909, p. 509.) — **Kaufmann** (Fr.). Beiträge zur Kenntnis der retrograden Amnesie. (*I. D. Wurzburg*, fév. 1909.) — **Gordon.** L'amnésie au point de vue médico-légal. (*N. Y. M. J.*, 6 fév. 1909.)

TROUBLES DE L'IDÉATION

DÉLIRES. — **Picqué** (Lucien). De l'origine périphérique de certains délires. (*Soc. médico-psychologique. A. M. P.*, n° 2, 1909, p. 282.) — **Janet** (J.). Délire systématique à la suite de pratiques du spiritisme. (*Soc. de psychiatrie.* S. du 18 mars 1909. *E.*, IV, n° 4, 10 avril 1909, p. 363.) — **Ansalone.** Contributo alla istologia patologica del delirio acuto e dei delirii infettivi. (*Ma.*, XXIV, n° 3, p. 405.) — **Chaslin** et **Collin** « Idées fixes » de grandeur, suite de délire de rêve, tendant à la systématisation. (*Soc. de psychiatrie.* S. du 18 mars 1909, IV, n° 4, 10 avril 1909, p. 368.) — **Birnbaum** (K.). Zur Lehre von den degenerativen Wahnbildungen. (Étude des délires dégénératifs.) (*A. Z. P.*, LXVI, f. 1, 1909, p. 19.) — V. **Intoxications.** (Acide salicylique.) **Psychiatrie.**

OBSESSIONS. — **Sollier** et **Chartier.** Un cas d'obsessions avec transformation délirante, terminé par la mort. (*Soc. de psychiatrie.* S. du 18 fév. 1909. *E.*, IV, n° 3, 10 mars 1909, p. 297.)

PHOBIES. **Dubois.** Beruhrungsfurcht, der durch Psychotherapie geheilt worden ist. (Phobie du contact, guérie par psychothérapie. (*I. Versammlung der Schweiz. neurolog. Gesells. in Bern*, 14 mars 1909. *N. C.*, n° 9, p. 512.) — **Faivre.** Note sur un cas de trichophobie (*G. S. M. B.*, 23 mai.)

MYTHOMANIE. — **Quintard.** Étude paraclinique : la mythomanie consciente. (*A. M. An.*, XIII, n° 4, 20 avril 1909, p. 125.)

DIVERS. — **Decroly (O.).** Les lacunes mentales. (*J. N.*, XIV, n° 8, 20 avril 1909, p. 141.) — **Bleuler (E.).** Zurechnungsfähigkeit und Krankheit. (Absence de discernement et maladie . (*Z. N. P.*, XXXII, n° 283, avril 1909, p. 241.)

TROUBLES DE L'AFFECTIVITÉ

Kutzinski. Einige Bemerkungen uber Affektstorungen. (Quelques remarques sur les troubles de l'affectivité.) (*M. K.*, n° 10, 1909.) V. : **Psychose maniaque-dépressive.**

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

GÉNÉRALITÉS

Marchand. Manuel de neurologie. (*O. Doin*, Paris.) — **Curschmann (H.).** Lehrbuch der Nervenkrankheiten. (*Julius Springer*, Berlin 1909.) — **Bing.** Kompendium der topischen Gehirn-und Rückenmarksdiagnostik. (*Urban et Schwarzenberg*. Berlin 1909.) — **Schütz.** Contribution à l'anatomie pathologique des cellules nerveuses et des neurofibrilles. (*Naturwissenschaftl. Medizinische Gesellschaft zu Iena*, 21 janv., 1909.) — **Oppenhein (G.)** Uber « drusige Nekrosen » in der Grosshirnrinde. (*N. C.*, n° 8, 16 avril 1909, p. 410.) — **Huglings Jackson.** Neurological fragments. (*L.*, 6 fév. 1909, p. 377.) — **Gomez** et **Pike.** The histological changes in nerve-cells due to total temporary anaemia of the central nervous system. (Modifications histologiques des cellules nerveuses dues à l'anémie temporaire totale du système nerveux central.) (*J. E. M.*, mars 1909, p. 257.) — **Catola.** A proposito della teoria-senescenza fisiologica prematura di alcuni sistemi organici, nella patogenesi di alcune malattie del sistema nervoso. (A propos de la senescence-physiologique prématurée de quelques systèmes organiques dans la pathogénie de quelques maladies du systeme nerveux.) (*R. P. N.*, XIV, f. 5, mai 1909, p. 224.) — **Massalongo.** Les maladies nerveuses familiales. (*A. G. M*, mars 1909.) — **Oehlecker.** Ueber Gelenkveränderungen bei Nervenleiden. (Altérations articulaires dans les maladies nerveuses.) *Biol. Abteil. des ärztlichen Vereins in Hamburg*, 16 fév. 1909.) — **Anton.** Demonstration eines neuen Photographenapparates für Gehirn und Gebirnschnitte. (Présentation d'un nouvel appareil photographique pour le cerveau et les coupes du cerveau.) (*Verein der Aerzte in Halle.* S. du 20 janv. 1909.)

PATHOLOGIE DU CERVEAU

TRAUMATISMES. — **König.** Tod durch Kopfverletzung. (Mort par traumatisme céphalique.) (*V. G. M.*, XXXVII, I, 1909.) — **Veraguth.** Traumatische Zerstörung des rechten Stirnhirnes. (Présentation d'un cas de lésion traumatique du lobe frontal.) (*I Versammlung der Schweiz-neurolog. Gessels in Bern.*, 13 mars 1909, *N. C.*, n° 9, p. 504.) — **Heinr. Embden.** Diabète insipide après traumatisme cérébral grave. (Fracture du crâne.) (*Ärztlicher Verein zu Hamburg.* S. du 9 mars 1909.). — **Tuffier.** Contusion cérébrale. Trépanation. Aphasie motrice pure. Guérison de l'aphasie motrice. (*Soc. de chir.*, 30 mars. *B. S. C.*, XXXV, n° 13, 6 avril 1909, p. 451.) — **Weyert.** Schädeltrauma und Gehirnverletzung. (Traumatisme cranien et lésions cérébrales. (*M. M. W.*, n° 13, 30 mars, p. 649.) — **Tilmann.** Uber Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Brüchen des knöchernen Schädels. (Les lésions cérébrales par choc contondant, et leurs rapports avec les fractures osseuses du crâne.) (*Gesells. Jahresversam. des Deutsch. Vereins f. Psych. in Cöln u. Bonn.*, 23-24 avril 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 10, 1909, p. 543.) — **Baudet.** Sept cas de traumatismes craniens. (Rapport de **L. Picqué** (*B. S. C.*, n° 8, 2 mars 1909, p. 285.) — **Kellock.** Méningo-encéphalocèle traumatique. (*Soc. méd. de Londres*, 26 avril 1909.) — **Ramberto Malatesta.** La puntura lombare nella diagnosi e nella terapia dei traumi cranio-encefalici. (*P. Sez. chirur.*, XVI, f. 5, mai 1909, p. 193.) — V. **Ophtalmoscopie** : Monthus. **Abcès cérébraux** : Jaboulay et Crémieu. **Fractures du crâne, Aphasie** : Silvestri, Miyake. **Tumeurs cérébrales** : Buck.

ENCÉPHALITES AIGUES. — **West.** A clinical lecture on purulent encéphalitis. (*L.*, CLXXVI, 4460, 20 fév. 1909, p. 523.) — **Hassin.** Acute (hæmorrhagic) Encephalitis. (*M. R.*, 6 fév. 1909. p. 223.) — **Nonne.** Encéphalite infectieuse unilatérale. (Présentation.) (*Aerztlicher Verein zu Hamburg.* S. du 20 avril 1909.) — V. **Tuberculose**: Gougerot. **Abcès du cerveau** : Wierhuff

ABCÈS CÉRÉBRAUX. — **Wierhuff.** Otitischer Abscess oder Encephalitis ? (*S. P. M. W.*, XXXIV, n° 1, 1909, p. 18.) — **Wiener.** Clinical and anatomical manifestations of otitic brain abscess. (*M. R.*, 23 janv. 1909, p. 137.) — **Sachs (B.)** and **Berg (A.).** The common and

uncommon localization of otitic brain abscess, as illustrated by the cases, with recovery. (La localisation habituelle et anormale des abcès cérébraux d'origine otitique.) (*M. R.*, 23 janv. 1909, p. 129, et *N. Y. Neurol. Soc.*, 1er déc. 1908.) — **Whiting** (**F.**). Discussion on otitic brain abscess adequate methods of drainage the essential step in the successful surgery of otitic brain abscess. (Discussion sur l'abcès cérébral otitique, méthodes adequates de drainage, le point essentiel dans l'operation couronnée de succès.) (*N. Y. Neurol. Soc.* 1er déc. 1908.) — **Wiener** (**A.**). Otitic brain abscess from an anatomic and clinical point of view. (Abcès cérébraux au point de vue anatomique et clinique.) (*N. Y. Neurol. Soc.*, 1er déc. 1908.) — **Bacon** (**G.**). A case of otitic brain abscess operated on thirteen years ago. (Cas d'abcès cérébral opéré à l'âge de douze ans.) (*N. Y. Neurol. Soc.*, 1er déc. 1908.) — **Alt**. Beiträge zur Pathologie und Therapie der otitischen Hirnabszesse. (Contribution à la pathologie et à la thérapeutique des abcès cérébraux d'origine otique.) (*Z. O.*, LVII, 2 fév. 1909.) **Nicolas**. Un cas de pyohémie d'origine otitique avec abcès cérébraux. (*R. H. L.*, XXX, 6, 6 fév., 1909.) — **Rudolf Leidler**. Uber intrakranielle Erkrankungen otitischen Ursprungs. (Affections intracraniennes d'origine otique.) (*W. M. W.*, 15, 10 avril 1909, p. 814.) — **Cagnola** (**A.**). Accessi temporoparietali (cerebrale e sottodurale) profondi, tromboflebite del seno laterale da colesteatoma dell' orecchio destro, pioema. Operazione. Guarigione.) (*Soc. méd. biol. milanaise*. S. du 1er avril 1909.) — **Killian**. Ein operativgeheilter Hirnabszess nach Stirnhöhleneiterung. (Abcès du cerveau consécutif à une sinusité frontale et guéri par l'opération.) (*Z. O.*, LVII, f. 2, 3, 1909, p. 255.) — **Jaboulay** et **Crémieu**. Abcès du cerveau consécutif à une plaie par arme à feu ; guérison. (*Soc. nat. de médecine de Lyon*, 1er mars. *L. M.*, 12, 21 mars, p. 594.) — **Boinet** (**E.**). Onze cas d'abcès du cerveau. (*B. A. M.*, 27 avril 1909, p. 481.) — **Voisin** (**R.**) et **Tixier** (**L.**). Abcès du cerveau. (*Soc. anatomique*. S. du 23 avril 1909.) — **Whiting** (**F.**). Adequate drainage the essential step in the successful surgery of brain abscess. (*M. R.*, 23 janv. 1909, p. 133.)

ARTÉRIOSCLEROSE, TROUBLES CIRCULATOIRES. — **Colin Russell**. Cerebral arteriosclerosis. (*M. M. J.*, janv. 1909, p. 1.). — **Russell** (**A.**). — Goulstonian lectures on some disorders of the cerebral circulation and their clinical manifestations. (Troubles de la circulation cérébrale et leurs manifestations cliniques.) (*L.*, 10 et 17 avril 1909, p. 1031 et 1093.)

HEMORRHAGIE CÉRÉBRALE. — **Lhermitte** (**J.**). Le traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale. (*S. M.*, XXIX, n° 11, 17 mars 1909, p. 124.) — **Franck** (**Erwin**). Tod durch Spätapoplexie als entschädigungspflichtige Unfallfolge anerkannt. (La mort par apoplexie tardive reconnue comme passible de dommages-intérêts.) (*M. M. W.*, 15, 13 avril 1909, p. 761.)

RAMOLLISSEMENT, THROMBOSE. — **Merle** (**P.**). Sur la neurotisation du ramollissement cérébral. (*Soc. de neurol. de Paris*. S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, nos 6 et 7, 30 mars et 15 avril 1909, p. 387 et 392.) — **Thomas** (**J.-J.**) et **Lund** (**F. B.**). A case of decompression for cerebral thrombosis. (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 3, mars 1909, p. 150.)

TUMEURS CÉRÉBRALES. — **Mills** (**Ch.-K.**). Tumor of the frontal subcortex and callosum, with flaccid paralysis of the muscles which support the head, aphonia, mental change, and other symptoms illustrated by a case with necropsy. (Tumeur sous-corticale du lobe frontal et du corps calleux avec paralysie flasque des muscles de la nuque, aphonie, troubles mentaux... avec autopsie.) (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 5, mai 1909, p. 261.) — **Wendenburg** (**K.**). Ein Tumor des rechten Hinterhauptlappens mit ungewohnlichen klinischen Begleiterscheinungen. (Tumeur du lobe occipital droit avec signes concomittants inhabituels. (*M. P. N.*, XXV, 5, mai 1909, p. 428.) — **Rummo** (**G.**). I tumori della base dell' encefalo (*suite*). (*Ri. M.*, XXV, nos 9 à 15, p. 225, 253, 337, 366, 393.) — **Masera** (**G.**). Descrizione istologica di un interessante tumore della base del cranio. (*Soc. méd. chirur. di Pavia*. S. du 26 mars 1909.) — **Sänger**. Volumineuse tumeur cérébrale, sans signe de compression cérébrale, (*Aerztlicher Verein zu Hamburg*, 9 mars 1909.) — **Brissaud** et **Sicard**. Pseudosclérose en plaques juvéniles par tumeur cérébrale. (*Soc. de Neur.* S. du 1er avril 1909. *R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 492.) — **Remy Collin** et **Harter**. Examen anatomo-pathologique d'une tumeur du ventricule moyen du cerveau. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 9, 12 mars, p. 397.) — **Otto Rohden**. Zur Kenntnis der Hirngliome. (*I. D. Kiel*). — **Metcalfe Byrnes** (**Ch.**). A. Study of the axis-cylinders in five cases of glioma cerebri. (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 3, mars 1909, p. 129.) — **Redlich** (**Emil**). Présentation d'un cas de gliome cérébral. (*K. K. ges. f. innere Med. und Kinderh. in Wien*, 25 fév. *W. M. W.*, n° 13, 27 mars 1909, p. 709.) — **Kölpin** (**O.**). Multiple Papillome. (Adenokarzinome) des Gehirns. (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909.) — **Lecount** (**E. R.**). Blastomycotic lesions of the Brain. (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 3, mars 1909, p. 144.) — **Tuffier**. Épilepsie jacksonienne. Trépanation. Craniectomie. Angiome du cerveau. Destruction de la tumeur. Guérison. (*B. S. C.*, n° 9, 9 mars, p. 314.) — **Tuffier**. Épilepsie jacksonienne. Angiome du cerveau. Opération. Mort par hémorragie intercérébrale. (*B. S. C.*, n° 10, 16 mars, p. 341). — **Krause**. Tumoren des Gehirns. (*38 Versammlung der Deutsh. Gesells. f. Chirur. Zu Berlin*, 14, 17 avril 1909.) — **Redlich** (**Emil**). Trois cas de tumeurs cérébrales opérées. (*K. K. Ges. f. inn. Med. und Kind. in Wien*, 25 fév. *W. M. W.*, n° 13, p. 710. — **Miyake**. Zur Extirpation der

Gehirntumoren in den motorischen Rindencentren. (Extirpation des tumeurs occupant les centres moteurs corticaux du cerveau.) (*A. K. C.*, LXXXVIII, 3, 1909.) — **Krause**. Technisches zur Extirpation von Hirngeschwülsten. (*Freie Verein. der Chirurgen.* Berlin, 8 mars. *Kong. der Deutsch. Gesells. f. Chirur. in Berlin*, 14, 17 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 554.) — **Cabannes**. Contribution à l'étude de la trépanation dans les tumeurs cérébrales avec stase papillaire ou névrite optique. (*J. M. Bo.*, 16 mai 1909.) — **Spiller**. A further contribution to palliative operations for brain tumour. (*J. A. M. A.*, 23 janvier 1909, p. 272.) — **Trocmé**. De la thérapeutique palliative dans les tumeurs de l'encéphale. Méthodes décompressives. Ponction lombaire et trépanation palliative. — (*Th. Paris*, 9 juin 1909.) — **Anton**. Ueber Selbstheilungsvorgänge bei Gehirngeschwülsten. (Processus d'autoguérison des tumeurs cérébrales). (*M. M. W.*, LVI, 17, 27 avril 1909, p. 841. *B. K. W.*, XLVI, n° 20, 17 mai 1909, p. 915.) — **Karl Buck**. Die Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Hirngeschwülsten. (Valeur du traumatisme pour le développement des tumeurs cérébrales.) (*Z. N. P.*, XX, n° 282, mars 1909, p. 193.)

SCLÉROSE ATROPHIQUE. S. LACUNAIRE. — **Maillard** (G.), **Richet** (Ch.) et **Mutel**. Sclérose atrophique et symétrique des lobes occipitaux n'ayant pas déterminé de trouble visuel. (*Soc. de Psychiatrie*. S. du 18 mars 1909.) (*E.*, IV, n° 4, 10 avril 1909, p. 360.) — **Anglade** et **Lafage**. Paralysie de la III^e^ paire, symptôme précurseur de la sénilité cérébrale lacunaire. (*J. M. Bo.*, 28 mars 1909, p. 201.)

ADIPOSITÉ CÉRÉBRALE. — **Hynek** (K.). Adipositas cerebralis. (*R. N. P. F.*, VI, n° 5, mai 1909, p. 213.)

LÉSIONS DU CORPS CALLEUX. — **Gessner**. Tumeur du corps calleux. (*Nurnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik*, 17 déc. 1908.) — **Bramann** (V.). Ueber die Bewertung des Balkenstiches bei der Hirnchirurgie. (Sur l'importance de la blessure du corps calleux dans la chirurgie cérébrale.) (*38 Versammlung der Deutsch. Gesells. f. Chir. Zu Berlin*, 14-17 avril 1909.) — **Groz**. Mikrogyrie und Balkenmangel im menschlichen Gehirn. (Microgyrie et absence de corps calleux dans le cerveau humain. (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909, p. 605.) — V. **Tumeurs cérébrales** : Mills.

LÉSIONS DU NOYAU LENTICULAIRE. — **Francotte**. Un cas de lésion lenticulaire sans aphasie. (*Academie de médecine de Belgique*, S. du 27 fév.)

LÉSIONS THALAMIQUES. — **Lad Haškovec**. — Příspěveck k poznání poruch lužka zrakového. (Contribution à la connaissance des lésions de la couche optique.) (*R. N. P. F.*, VI, n^os^ 4 et 5, avril et mai 1909, p. 163 et 221.) — **Heggie** (W. C.) et **Jones** (E.). A case of glioma of the optic thalamus. (*Trans. of the Ontario Acad. of Med.*, 6 mars 1909.) — **Roussy** (G.). Deux nouveaux cas de lésions de la couche optique suivis d'autopsie. (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 301.) — **Conos**. Un cas de syndrome thalamique de Dejerine avec hémianopsie et troubles cérébelleux légers. (*E.*, IV, n° 5, 10 mai 1909, p. 468.)

PATHOLOGIE DU CERVELET

Neri. Sul valore clinico di alcuni sintomi cerebellari. (*An. N.*, XXVI, f. 5, 6, p. 291.) — **Guillain** (G.), **Rochon-Duvigneaud** et **Troisier** (J.). Le signe d'Argyll-Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral. (*R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 449.) — V. **Ataxie, épilepsie** : Negro.

TUMEURS CÉRÉBELLEUSES. — **Jüngermann** (Erich). Kasuistscher Beitrag zur Lehre von den Kleinhirntumoren. (*I. D. Kiel.*) — **Chatin** et **Chèze** (G.). Tumeur du cervelet ; hydrocéphalie symptomatique ; pot fêlé cranien. (*P. P.*, 15 mars 1909.) — **Bigge**. A case of cerebellar tumour involving the auditory nerve. (*A. Ot.*, décembre 1908, p. 468.) — **Gaujoux** (E.) et **Mestrezat** (W.). Un nouveau cas de tumeur du cervelet chez l'enfant. (*Annales de médec. et de chir. infantiles*, 15 mars 1909, p. 680.) — **Boulenger**. Un cas d'atrophie du cervelet. (*S. M. M. Be.*, CXLIV, avril 1909, p. 97.) — V. **Démence précoce**.

PATHOLOGIE DE L'ISTHME DE L'ENCÉPHALE

LÉSIONS PÉDONCULAIRES. — **Guillain** (G.) et **Houzel**. Lésion du pédoncule par balle de revolver. (*Soc. de neur. de Paris*. S. du 4 mars 1909. *R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 360.) — **Raymond** et **Français** (H.). Syndrome de la calotte du pédoncule cérébral. (*Soc. de neur.* S. du 1^er^ avril 1909. *R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 485.)

LÉSIONS PONTIQUES. — **Lecène** (P.). Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux et leur traitement chirurgical. (*J. C.*, II, n° 4, 15 avril 1909, p. 361.) — **Küttner**. Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. (Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.) (*Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau*. S. du 5 mars 1909.) — **Wagener**. Kleinhirnbrückenwinkeltumor. (*Berliner otol. Gesells.* S. du 12 fév. 1909.) — **Marchand** (L.). Troubles mentaux et gliome ponto-cérébello-cérébral. (*E.*, IV, n° 4, 10 avril 1909, p. 305.) — **Raymond** et **Français** (H.). Syndrome protubérantiel avec hyperexcitabilité du nerf facial et troubles

du goût. (*R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 445.) — **Heinr-Embden.** Présentation d'un enfant de cinq ans, avec paralysie faciale gauche d'origine pontique. Localisation pontique d'une poliomyélite antérieure aiguë. (*Ærztlicher Verein zu Hamburg*, 9 fév. 1906. *N. C.*, n° 8, p. 445.)

LÉSIONS BULBAIRES. — **Goldstein.** Erweicherungsherd in der Medulla oblongata. Foyer de ramollissement dans la moelle allongée. (*Ver. f. Wissens. Heilkunde zu Königsberg* S. du 22 fév. 1909.)

PATHOLOGIE DE LA MOELLE

HÉMATOMYÉLIE. — **Medea (E.).** Hématomyélie et myélite. (*E.*, IV, n° 5, 10 mai 1909, p. 441.) — **Mackay (H. J.)** et **Clarke (J. M.).** A case of hœmorrhagic myelitis. (*B.*, part. 124, XXXI, 1908, p. 514.) — **Resnikow (M.)** et **Josefovitsch (A.).** Ein Fall von Hämatomyelie mit einer traumatischen Neurose kompliziert (Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Sensibilitätsleitung in Rückenmark.) (*D. Z. N.*, XXXVI, f. 3, 4, 1909, p. 301.) — **Paganelli (C.).** Morbo di Dercum sintomatico di ematomielia. (*Bollettino delle Cliniche.*, XXVI, n° 3, mars 1909, p. 105.) — **Nonne.** Présentation de plusieurs cas d'hématomyélite guéris. (*Aerzt. Verein zu Hamburg.* S. du 20 avril 1909.) — **Schupfer (F.).** Sopra un caso di frattura della decima vertebra dorsale ed ematomielia. (*Ri. M.*, XXV, n° 10, 8 mars 1909, p. 258.)

MYÉLITE TRANSVERSE. — **Reichmann.** Demonstration eines nahezu geheilten Falles von Myelitis acuta transversalis, Kompliziert durch Knochentuberkulose. (Présentation d'un cas guéri de myélite aiguë transverse compliquée de tubercule osseuse.) (*Naturwissenschaftl. med. Gesells. zu Iena*, 25 fév. 1909.)

POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE, MALADIE DE LANDRY, M. DE HEINE-MEDIN. — **Fowler (J. S.).** Epidemic anterior poliomyelitis and allied affections. (Heine Medin's disease.) (*E. M. J.*, II, n° 5, mai 1909, p. 473.) — **Schwartze.** Ueber Heine-Medinsche Krankheit. (*S. P. M. W.*, XXXIV, n° 2, 1909, p. 2.) — **Strauss.** Studies on the pathology of poliomyelitis anterior acuta based on the autopsy findings in five cases. (Études sur l'anatomie pathologique de la poliomyélite antérieure aiguë, basée sur cinq autopsies.) (*N. Y. neur. Soc.*, 5 janv. 1909.) — **Savini-Castano** et **Savini.** Zur Kenntnis der pathologischen Anatomie und der Pathogenese einer unter dem Bilde der aufsteigenden Landry'schen Paralyse verlaufenden Falles von Poliomyelitis acuta beim Kinde. (Anatomie pathologique et pathogénie d'un cas de poliomyélite aiguë, chez l'enfant, évoluant sous le type de maladie de Landry. (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909, p. 642.) — **Cowan Ballantyne and Macdonald.** Case of Landry's paralysis. (*G. M. J.*, fév. 1909, p. 108.) — **Dean (H.).** A case of acute ascending paralysis. (*B. M. J.*, 27 fév. 1909.) — **Klippell** et **Weil (P.).** Syndrome polynévritique (poliomyélite antérieure) dans l'ulcère gastrique. (*E.*, IV, n° 5, 10 mai 1909, p. 418.) — **Neurath (R.).** Atypische Poliomyelitisfälle. (Cas atypiques de poliomyélite.) (*W. M. W.*, LIX, n° 18, 1er mai 1909, p. 974.)

PARALYSIE INFANTILE. — **Rosenheck.** Paralytic conditions of childhood. (*N.-Y. M. J.*, 10 avril 1909, p. 749.) — **Trapet (A.).** Entwicklungsstörungen des Gehirns bei juveniler Paralyse. (Troubles de développement du cerveau dans la paralysie juvénile.) (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909.) — **Ducroquet.** Examen clinique de la musculature du membre inférieur dans la paralysie infantile. (*Ps. M.*, n° 27, 3 avril 1909, p. 237.) — **Rowlands.** A clinical lecture on the treatment of a case of extensive infantile paralysis by operation and apparatus. (*B. M. J.*, 10 avril 1909, p. 888.) — **Marquès.** L'électrothérapie dans le diagnostic et le traitement de la paralysie infantile. (*A. E. M.*, 10 mai 1909.) — V. **Scoliose.**

POLIOMÉYLITE ANT. SUBAIGUE OU CHRONIQUE. — **Brissaud.** Poliomyélite antérieure subaiguë du type scapulo-huméral. (*Soc. de neur. de Paris.* S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 361.) — **Bertolotti.** Poliomyélite antérieure chronique de la moelle cervicale. Atteinte bilatérale et symétrique des noyaux bulbaires et médullaires de la XIe paire avec intégrité absolue des autres nerfs craniens. (*I. S.*, XXII, n° 1, janv.-fév. 1909, p. 41.)

ATROPHIE MUSCULAIRE SPINALE. — **Ladame (P.-L.).** Uber posttraumatische spinale Amyotrophie. (*I Versammlung der Schweiz. neurolog. Gesells. in Bern.*, 14 mars 1909. *N. C.*, n° 9, p. 507.) — **Gierlich.** — Beitrag zur Pathologie der Neuralen Muskel atrophie. (*A. P. N.*, XLV, 2, 1909.)

TABES. — **Lévi (E.).** Contributo critico all'anatomia ed alla patologia dell radici posteriori spinali con speciale riguardo alla patogenesi della tabe dorsale. (Contribution à l'anatomie et à la pathologie des racines postérieures spinales avec considérations spéciales sur la pathogénèse du Tabes.) (*Ri. M.*, XXV, n° 17, 26 avril 1909, p. 449.) — **Schmiergeld.** Etude anatomo-pathologique des glandes surrénales chez les tabétiques. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hypertension sanguine chez les tabétiques. (*T. M.*, n° 6, 6 fév. 1909.) — **Heitz (J.).** et **Haranchipy.** De l'absence du signe d'Argyll chez certaines tabétiques. (*Re. M.*, XXIX, n° 4, 10 avril 1909, p. 292.) — **Reuss (H.).** Das Abadiesche Phänomen (Druckanalgesie der Achillessehne) ein Frühsymptom bei Tabes dorsalis? (Signe d'Abadie. Analgésie à la percussion du tendon d'Achille. Signe précoce de Tabes.) (*I. D.*, München, mars 1909.) —

Massary (**E. de**). Formes et évolution du tabes. (*C.*, IV, n° 18, 30 avril 1909, p. 273.) — **De Massary.** Le tabes et les maladies systématiques de la moelle. (*O. Doin*, Paris.) — **Leopold** (S.). Sacral tabes : A case with necropsy. (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 4, avril 1909, p. 193.) — **Carl Bodon.** Lokalanästhesie und Tabes dorsalis. (*W. M. W.*, n° 9, 27 fév. 1909, p. 466. — **Flesch.** Ein Fall von halbseitiger Tabes. (Un cas de tabes unilatéral) (*Gesells. f. in. Méd. und Kind. in Wien. W. M. W.*, n° 10, p. 531.) — **Thompson.** Tabes dorsal avec anesthésie unilatérale. (*L.*, 13 mars 1909.) — **Delmas** (**L.**). Les crises gastriques prémonitoires du tabes. (*C.* n° 10, 5 mars 1909, p. 154.) — **Dufour** et **Cottenot.** Crise gastrique tabétique prise pour une obstruction intestinale. Anus iliaque, guérison. (*Soc. de neur. de Paris.* S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 365.) — **Forster.** Operative Behandlung gastricher Krisen. (Traitement chirurgical des crises gastriques.) (*Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau.* S. du 5 mars 1909.) — **Loeper** (**M.**). Les crises entéralgiques du tabes. (*S. M.*, 14, 7 avril 1909, p. 157.) — **Camp** (**de la**) Ueber sekretorische Krisen bei Tabes dorsalis. (*Verein Freiburger Aerzte*, 18 déc. 1908.) — **Rauh** (**Paul.**) Nichtparalytische Psychosen bei Tabes dorsalis. (Psychoses non paralytiques dans le tabes. (*I. D. Kiel.*) — **Thomas** (**A.**). Lésions cylindraxiles du nerf optique dans un cas d'atrophie d'origine tabétique. Examen par la méthode de l'argent réduit (de Ramon y Cajal). (*R. N.*, XVII, n° 7, 15 avril 1909, p. 389.) — **Souques** et **Chéné** (**H.**). Tabes avec atrophie des muscles innervés par la branche motrice du trijumeau, le pneumogastrique, le spinal, l'hypoglosse et les racines inférieures du plexus brachial. (*R. N.*, XVII, n° 5, 15 mars 1909, p. 249.) — **Guder.** Paralysie incomplète d'une corde vocale associée à une paralysie des muscles trapèze et sternomastoïdien chez une tabétique. (*Soc. médicale de Genève*, 11 fév. 1909.) — **Gilbert, Carnot** et **Descomps.** Paralysie du biceps et du brachial antérieur chez un tabétique. (*Soc. de neur. de Paris.* S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 374.) — **Gauthier** (**P.**). Fracture spontanée de la rotule chez une tabétique. (*I. S.*, XXII n° 1, janv.-fév, 1909, p. 27.) — **Auton Siding.** Tabes dorsalis mit Hämatemesis und Herpes zoster atypicus während des Verlaufes und Milchsekretion bei einer 62 jährigen Frau. Ein Beitrag zur Lehre von der Milchsekretion. (Tabes avec hématémèses et herpes zoster atypique, et sécrétion lactée chez une femme de soixante-deux ans.) (*W. K. W.*, n° 8, 1909.) — **Guillain** (**G.**) et **Troisier** (**J.**). Livedo coexistant avec un tabes fruste. (*B. J. M. H.*, XXVI, 14-29 avril, p. 747.) — **Stintzing.** Zusammenentreffen von Tabes mit organischen Herzkrankheiten. (Coïncidence du tabes avec des affections organiques du cœur.) *Naturwissenschaftl. med. Gesells. zu Iena.*, 25 fév. 1909.) — **Massini** (**G.**). Prolegomeni al trattamento delle forme tabetiche. (*M.*, LI, part. II, n° 27, 11 mai 1909, p. 417.) — **Williams** (**T. A.**). The rational-treatment of tabes dorsalis in relation to its pathogenesis. (*M. R.*, 10 avril 1909, p. 591.) — **Determann.** Die Hydrotherapie der Tabes dorsalis. (*S. P. M. W.*, n° 10, 1909, p. 129.) — V. **Syphilis, paralysie générale.**

SYRINGOMYÉLIE. — **Schlapp.** A case of syringomyelia with neuro-epithelioma with some remarks on the etiology of syringomyelia. *N. Y. Neur. Soc.*, 5 janv. 1909.) — **Luzzatto.** (**A.-M.**). Un caso di siringomielio in un uomo di 32 anni. (*Accademia di Scienze med. e natur. di Ferrara.* S. du 4 mars 1909.) — **Anton.** Ein Fall von stationär bleibender Syringomyelie bei einem 42 jährigen Mann. (*Verein der Aerzte in Halle.* S. du 20 janv. 1909.) — **Gordon Holmes** et **Foster Kennedy** (**R.**). Two anomalous cases of syringomyelia. (*B.*, XXXI, part. 124, 1908, p. 493.) — **Roussy.** Moelle de syringomyelie en « canne de Provence ». (*Soc. de neur. de Paris.* S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 384.) — **Desplats** (**R.**). Deux observations de syringomyélie ancienne améliorée par les rayons X. (*J. S. M. L.*, 20 mars 1909). — **Holmgren** und **Winan-Falun.** Un cas de syringomiélie traité avec succès par les rayons X. (*N. M. A.*, 3 fév. 1909, XLI, Abt. II, f. 3.)

TUMEURS. — **Nonne.** Tumeur centrale (Sarcome mou) de la moelle. (*Aerztlicher Verein zu Hamburg.*, 9 mars 1909.) — **Borchardt** und **Rothmann.** Zur Kenntnis der Echinokokken der Wirbelsäule und des Rückenmarks. (Pour la connaissance des kystes hydstiques des lames vertébrales et de la moelle.) (*A. K. C.*, LXXXVIII, f. 2, 1909, p. 328.) — **Flesch** (**J.**). Zur Symptomatologie intra-und extramedullärer Tumoren. (*W. M. W.*, LIX, n° 16, 17 avril 1909, p. 870.)

LÉSIONS DE LA QUEUE DE CHEVAL. — **Umber.** Deux cas de lésions de la queue de cheval. (*Aerztlicher Verein zu Hamburg*, 9 mars 1909.) — **Helbing** (**Ad.**). Ueber einen Fall von Tumor der cauda equina. (*I. D.*, Freiburg., fév. 1909.) **Oppenheim** et **Krause.** Ueber Einklemmung bezw. Strangulation der Cauda equina. (*D. M. W.*, n° 16, 1909.)

LÉSIONS DISSÉMINÉES.

MALADIE DES CAISSONS. — **Bornstein.** Eine bisher noch nicht beobachtete Form der Caissonerkrankung. (*Aerztlicher Verein zu Hamburg.* S. du 6 avril 1909.) — **Verschuyl** (**J.-A.**) Over den invloed van den arbeidsduno op het woorkomen von Caissonziekte. (*B. K. W.*, XLVI, n° 9, 1er mars 1909, p. 408.)

ENCÉPHALOMYÉLITES. — **Raymond** et **Lejonne.** Encéphalomyélite consécutive à un état

méningé chez une fillette de neuf ans. Sclérose en plaques ? (*Soc. de Neur. de Paris.* S. du 4 mars 1909. *R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 367.)

SCLÉROSE EN PLAQUES. — **Westphal.** Uber Encephalomyelitis disseminata und arteriosklerotische Erkrankungen des Centralnervensystems in ihren Beziehungen zur multiplen Sklerose. (Encéphalomyélite disséminée et affections arterioscléreuses du système nerveux central dans leurs rapports avec la sclérose en plaques.) (*Gesells. Jahresversam. der Deutsch. Vereins f. Psych. in Cöln. u Bonn.*, 23-24 avril 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1900, p. 547.) — **Lejonne** et **Lhermitte.** De la nature inflammatoire de certaines scléroses en plaques. (*Soc. de neur. de Paris*, 4 mars 1909. *E.*, IV, n° 3, 10 mars 1909, p. 220.) — **Claude** (**H.**) et **Jacob.** Sclérose en plaques avec abolition de certains réflexes tendineux et troubles des perceptions stéréognostiques localisés à une main. (*Soc. de neur. de Paris.* S. du 4 mars 1909. *R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 356.) — **Nonne.** Présentation d'un cas de sclérose en plaques atypique. *Aerztlicher Verein zu Hamburg.* S. du 20 avril 1909.) — **Spieler.** Diffüse Hirn. Ruckenmarkssklerose (*Ges. f. inn. Mediz. u. Kinderh. zu Wien.* S. du 18 fév. 1909.) — **V. Encéphalomyélites** : Raymond et Lejonne; **Anémie pernicieuse** : Bouché.

SYNDROMES SPÉCIAUX.

SYNDROME DE LITTLE. — **Anglade** et **Jacquin.** Syndrome de Little. (*E.*, IV, n° 3, 10 mars 1909, p. 252.) — **Biach** (**Paul.**) Un cas de maladie de Little avec altérations tabétiformes. (*K. K. ges. f. inn. Medizin. und Kinderh. in Wien.*, 25 fév 1909. *W. M. W.*, n° 13, p. 713.)

PARALYSIE SPASMODIQUE FAMILIALE. — **Voss.** Ein Beitrag Zur Frage der hereditären familiären spastischen Spinalparalyse. (*N. C.*, XXVIII, n° 10, 16 mai 1909, p. 513.)

MALADIE DE PARKINSON. — **Schlamm** (**Karl.**). Ueber paralysis agitans. (*I. D.* Wurzburg., fév. 1909.) — **Alberto Gramegna.** Sulla scialorrea nella paralisi agitante. (*R. P. N.*, XIV, f. 4, avril 1909, p. 160.)

MALADIE DE THOMSEN. — **Péchin.** Troubles oculaires dans la maladie de Thomsen. (*Soc. d'ophtalmologie de Paris*, 2 mars 1909.) — **Brissaud, Bauer** et **Gy.** Un cas de maladie de Thomsen. (*Soc. de neur. de Paris.* S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 364.)

SYNDROME D'ERB-GOLDFLAMM. — **Lévi.** La maladie d'Erb est-elle une affection purement musculaire. (*Rivista critica di clinica médica*, 13 mars 1909.) — **Warrington** (**W.-B.**). A case of myasthenia gravis. (*M. P.*, 7 avril 1909, p. 350.) — **Batten** (**F.**). Some unusual symptoms in myasthenia gravis. (*C. J.* XXXIII, p. 318.) — **Stcherbak** (**A.**). Des symptômes dystrophiques et de la diminution temporaire pathologique de l'excitabilité galvanique des muscles dans la paralysie myasthénique. (*R. N.*, XVII, n° 9, 15 mai 1909, p. 537.)

PATHOLOGIE DES MÉNINGES

MÉNINGITES

Mearsh and **Williams.** Meningitis in children, with especial reference to the aid afforded by lumbar puncture. (*L. M. C. J.*, janv. 1909, p. 75.) — **Perrin** (**Maurice**). Syndrome méningitique et raie blanche surrénale. (*R. F. M. C.*, n° 6, 25 mars 1909, p. 84.) — **Canessa** (**A.**). Necessità della semeiotica auricolare per il diagnostico razionale dei meningismi e delle vere sindromi meningee. (Nécessité de la séméiotique oculaire pour le diagnostic rationnel du méningisme et du véritable syndrome méningitique.) (*M.*, parte 11, LI, n° 24, 26 avril 1909, p. 380.) — **Claude** (**H.**) **et Lejonne** (**P.**). Lésions encéphaliques expérimentales par irritation méningée. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 12, 2 avril 1909, p. 542.) — **Hutinel.** Réactions méningées dans les érythèmes chez les enfants (*Ps. M.*, n° 24, 24 mars 1909, p. 209.) — **Sydney Scott.** Observations on the histology of the human labyrinth in meningitis. (*St. Bartholomew's Hosp. Reports.*, XLIV, p. 113.)

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE. — **Netter.** Etiologie, prophylaxie et traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique. (*B. M.*, XXIII, 35, 5 mai, p. 416. *Académie de médecine*, 4 mai 1909.) — **Lesage.** La méningite cérébro-spinale épidémique. (*R. Sc.*, 24 avril 1909.) — **Cade** (**A.**) et **Chèze** (**G.**). Un cas de méningite cérébro-spinale. (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 23 mars. *L. M.*, n° 15, 11 avril 1909, p. 781.) — **Noël.** Le rêve et la réalité dans la prophylaxie défensive contre la méningite cérébro-spinale épidémique. (*B. M.*, n° 25, 31 mars 1909, p. 299.) — **Liebermeister** et **Lebsanft.** Ueber Veränderungen der nervösen Elemente am Rückenmark bei Meningitis cerebro-spinalis epidemica. (Sur les altérations des éléments nerveux de la moelle dans la méningite cérébro-spinale.) (*M. M. W.*, LVI, n° 18, 4 mai 1909, p. 914.) — **Vaillard** (**L.**). Sur la meningite cérébro-spinale. (*B. A. M.*, 27 avril 1909, p. 464.) — **Vigot.** La méningite cérébro-spinale épidémique. (*Année médicale de Caen*, 1er avril 1909.) — **Halipré.** La méningite cérébro-spinale épidémique. (*R. M. N.*, 10 avril 1909.) — **Cohen.** La meningite cérébro-spinale septicémique. (*A. I. P.*, XXIII, 4, 25 avril, p. 273.) — **Debré** (**R.**). Les principaux caractères cliniques de la méningite cérébro-

spinale. (*Ps. M.*, n° 43, 29 mai 1909, p. 385.) — **Siredey (A.)**, **Lemaire (Henri)** et **Charrier (P.)**. Trois cas de méningite cérébro-spinale. (*B. S. M. H.*, n° 8, 4 mars 1909, p. 375.) — **Netter (A.)** et **Debré (R.)**. Dévoloppement de l'épidémie de méningite cérébro-spinale à Paris et dans la banlieue. Cas nouveaux traités par le sérum antiméningococcique. (*Ibid.*, p. 385.) — **Netter**. Existence d'une épidémie de méningite cérébro-spinale à Paris et dans la banlieue. Efficacité du sérum antiméningococcique. (*B. A. M.*, 9 mars 1909, p. 300.) — **Barret**. Épidémie de méningite cérébro-spinale observée à Djougou (Dahomey) pendant la saison sèche 1906-1907. (*Ann. d'hyg. et de médec. colon.*, 1909, n° 1, p. 92.) — **Denis** et **Van den Branden**. La méningite cérébro-spinale en Belgique. (*Acad. royale de méd. de Belgique*, 24 avril 1909.) — **Wyss (H.-V.)**. Beobachtungen bei Meningitis cerebro-spinalis epidemica. (Remarques sur la méningite...)(*I Versammlung der Schweiz. neurolog. Gesells. in Bern*, 14 mars 1909. *N. C.*, n° 9, p. 510.) — **Noël**. A propos de la Méningite cérébro-spinale dans l'armée. (*B. M.*, XXIII, 32, 24 avril, p. 379.) — **Lewis Thomson**. A contribution to the infectivity of epidemic cerebro-spinal meningitis. (*Journ. Roy. Instit. Pub. Health.*, fév. 1909, p. 79.) — **Apert (E.)**. Hémothorax double mortel au début d'une méningite à méningocoques. (*B. S. M. H.*, n° 9, 11 mars 1909, p. 449.) — **Garcia Sierra**. Ponction lombaire et sérothérapie dans le traitement de la Méningite. (*Acad. Med. Quir Espanola*, 8 fév. 1909. *Rev. de med. y Cir. Práct.*, 21 mars 1909.) — **Mayer**. Zur Bakteriologie und spezifischen Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (*M. M. W.*, LVI, n° 18, 4 mai 1909, p. 912.) — **Flatten (H)**. Ueber Meningokokkenträger und ihre Bedeutung bei der Verbreitung und Bekämpfung der übertragbaren Genickstarre und über die Disposition zu dieser Krankheit. (Sur les porteurs de méningocoques, leur importance dans l'extension et la prophylaxie de la méningite épidémique et sur la disposition à cette maladie. (*Klinisches Jahrbuch*, XX, f. 4.) — **Dow (W.)**. Recherche de la leucocytose dans la méningite cérébro-spinale épidémique (*L.*, n° 4464, 20 mars 1909.) — **Carducci (A.)**. Meningite cerébro-spinale con liquido cefalo-rachidiano ricco di microbi e senza leucociti. (*P. Sez. prat.*, XVI, f. 21, 23 mars 1909, p. 645.) — **Conca (P.)**. Contributo all'ematologia e alla citodiagnosi della meningite cerebro-spinale epidemica. (*L'ospedale maggiore*, fév. 1909.) — **Vincent** et **Bellot**. Diagnostic de la méningite cérébro-spinale à méningocoques par la « précipito-réaction ». (*Académie de medecine*, 16 mars 1909.) — **Lemoine, Gaelingher** et **Tilmant**. Diagnostic de la méningite cérébro-spinale à méningocoques, par la précipito-réaction. (*B. S. M. H.*, n° 13, 8 avril 1909, p. 704.) — **Lagane**. Technique essentielle de la recherche et de l'identification du méningocoque de Weichselbaum. (*Ps. M.*, n° 43, 29 mai 1909, p. 391.) — **Grisez**. La méningite cérébro-spinale et son traitement par le sérum antiméningococcique de Simon Flexner. (*E. M. N.*, 21 mars 1909, p. 134. *R. H. P.*, n° 3, mars, p. 214.) — **Grysez**. La sérothérapie antiméningococcique. (*Ps. M.*, n° 43, 29 mai 1909, p. 389.) — **Dopter**. Technique des injections de sérum dans le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique. (*Pg. M.*, n° 17, 24 avril 1909, p. 213.) — **Chambelland**. Le traitement des méningites cérébro-spinales épidémiques. (*Ps. M.*, n° 8, 7 avril 1909, p. 250.) — **Jehle (L.)**. Die Serumtherapie der Meningitis cerebro-spinalis. (*Gesells. der Aerzte in Wien*. S. du 23 avril 1909.) (*W. M. W.*, LIX, n° 18, 1er mai 1909, p. 990.) — **Comby (G.)**. Méningite cérébro-spinale et sérothérapie antiméningococcique. (*B. M.* n° 41, 26 mai, p. 493.) **Netter (A.)** et **Debré (R.)**. Nouvelles observations de méningite cérébro-spinale épidémique. Efficacité du sérum antiméningococcique. Importance du mode d'emploi : injections répétées pendant plusieurs jours (*B. S. M. H.*, 9, 11 mars 1909, p. 397.) — **Hudelo** et **Merle (E)**. Deux cas de méningite cérébro-spinale. (*Ibid.*, p. 412.) **Montagnon**. Quelques considérations sur deux cas de méningite aiguë cérébro-spinale, l'un traité par les ponctions lombaires, l'autre par le sérum antiméningococcique. (*Pr. M.*, XXII, 14, 3 avril, p. 146.) — **Barbier** et **Vaucher**. Huit cas de méningite cérébro-spinale dont cinq traités par le sérum de Dopter. (*B. S. M. H.*, XXVI, 17.) — **Follet** et **Bourdinière**. Cinq cas de méningite cérébro-spinale dont deux injectés par le sérum de Dopter et guéris. (*B. S. M. H.*, XXVI, 17, p. 864.) — **Weinberg**. Méningite cérébro-spinale chez le chimpanzé. (*Soc. de pathol. exotique*. S. du 4 avril 1909.) — **Bovaird (D.)** Meningococcémie sans méningite. (*Arch. of internat. medecine*, III, n° 3, 1909, p. 267.) — **Romme (R.)**. Méningococcémie sans méningite. (*Ps. M.*, n° 37, 8 mai 1909, p. 328.)

MÉNINGITE GRIPPALE. — **Rosenthal (G.)** et **de Robillard (J.)**. Méningite cérébro-spinale mortelle non grippale à coccobacille de Pfeiffer. (*Soc. de l'internat des hôp. de Paris*, 25 mai 1909.)

MÉNINGITE PNEUMOCOCCIQUE. — **Liebermeister (G.)**. Die Häufigkeit der Meningitis bei Pneumonie. (Fréquence de la méningite dans la pneumonie. (*M. M. W.*, XV, 13 avril 1909, p. 750.)

MÉNINGITE OURLIENNE. — **Perrin**. Complications méningitiques des oreillons. (*Thèse de Toulouse*, 10 mai 1909.)

MÉNINGITE A PNEUMO-BACILLES. — **Perrier**. Méningite post-traumatique à pneumobacille. (*Soc. de méd. militaire française*, 6 mai 1909.)

MÉNINGITE OTITIQUE. — **Lavrand (H.)**. Méningite otitique à marche rapide. Trépanation. (*J. S. M. L.*, 10 avril 1909, p. 337.) — **Wogener.** Eitrige Meningitis, Schläfenlappensabcess und carris des Tegmen Antri. (*Berliner otolog. Ges.* S. du 12 fév. 1909.) — V. **Abcès du cerveau.**

MÉNINGITE SYPHILITIQUE. — **Oettinger (W.)** et **Hamel (H.)**. A propos de deux cas de méningites aiguës syphilitiques. (*G. H.*, n° 49, 29 avril 1909, p. 609.) — **Pic** et **Tartanson**. État de mal consécutif à des attaques subintrantes d'épilepsie jacksonienne symptomatique de méningite probablement syphilitique. (*Soc des Sc. méd. de Lyon, L. M.*, n° 13, 28 mars, p. 658.) — **Raymond** et **Touchard**. Méningite hérédo-syphilitique à forme tabétique. (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 492.)

MÉNINGITE TUBERCULEUSE. — **Gugelot**. Méningite tuberculeuse à forme cérébro-spinale et à évolution prolongée. (*E. M. N.*, XIII, n° 20, 16 mai 1909, p. 231.) — **Abrami**. Le diagnostic de la méningite tuberculeuse de la premièreenfance. (*J. M. I.*, 20 mai 1909.) — **Rosenthal**. Méningite tuberculeuse apoplectiforme, ponction lombaire avec évacuation totale, rémission complète de cinq jours, mort rapide. (*J. M. P.*, 1er mai 1909.) — **Love**. Abcès périsinusal, thrombose du sinus, méningite de la base et tumeurs tuberculeuses du cerveau, du cervelet et de la protubérance. (*Soc. med. chirur. Glasgow*, 5 fév. 1909.) — **Mestrezat (W.)** et **Gaujoux (E.)**. Exagération de la perméabilité méningée aux nitrates. Diagnostic de la méningite tuberculeuse. (*C. R. S. B.*, XII, p. 533.) — **Dupuy-Dutemps**. Cause de l'absence très fréquente de stase papillaire, malgré l'hypertension céphalo-rachidienne dans la méningite tuberculeuse. (*Soc. française d'Ophtal.* Congrès 1909, 4 et 5 mai 1909.) — **Opin**. Névrite optique dans la méningite tuberculeuse. (*Soc. française d'Ophtal.* Congrès 1909, 4 et 5 mai 1909.)

MÉNINGITES CHRONIQUES. — **V. Horsley**. Chronische Spinalmeningitis. (*B. M. J.*, n° 2513, 27 fév. 1909.) — V. **Encéphalomyélites**. Raymond et Lejonne.)

PACHYMÉNINGITE CERVICALE HYPERTROPHIQUE. — **Goldie** et **Primrose**. A case of cervical hypertrophic pachymeningitis with exploratory Laminectomy. (*Canadian pract.*, mars 1909, p. 135.)

HÉMORRAGIES MÉNINGÉES

Bouquet (Henry). Hémorragie méningée curable chez un enfant. (*R. F. M. C.*, n° 6, 25 mars 1909, p. 86.) — **Chauffard.** A clinical lecture on meningeal hœmorrhagie. (*M. P.*, 17 fév. 1909, p. 156.) — **Braillon**. Hémorragie sous-arachnoïdienne curable chez un lycéen de seize ans. (*G. H.*, n° 51, 4 mai 1909, p. 635.)

TUMEURS MÉNINGÉES

Tschudy. Sarcome subdural de la région sensitivo-motrice gauche retiré chirurgicalement. (*I. Congrès de Société neurologique suisse à Berne*, 13 mars 1909.) — **Knierim**. Ueber diffuse Meningealkarcinose mit Amaurose und Taubheit bei Magenkrebs. (Sur la carcinose méningée diffuse avec amaurose et surdité dans le cancer de l'estomac.) (*Beit. z. pathol. Anat.*, XLIV, f. 3, 1908, p. 409. *B. K. W.*, XLVI, 9, 1er mars, p. 406). — **Ryder**. Congenital neuroglia tissue nests in the meninges of the spinal cord; report a case associated with other congenital defects. (Inclusion congénitale de tissu névroglique dans les méninges spinales : relation d'un cas associé à d'autres malformations congénitales.) (*B. M. S. J.*, CLX, 5, 4 fév. 1909, p. 133.) — **Courmont (J.)**, **Savy** et **Lacassagne**. Sur un cas de tumeur des méninges. (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 23 mars. *L. M.*, n° 15, 11 avril 1909, p. 787.) — **Oppenheim**. Der Heilungsverlauf nach operativer Behandlung der Rückenmarkshaut-geschwulst. (Processus de guerison après traitement opératoire des tumeurs de la moelle dorsale.) (*N. C.*, n° 6, 16 mars 1909, p. 290.) — V. **Tumeurs de la moelle, lésions pontiques** : Lecène.

LÉSIONS DES SINUS

THROMBOSE. — **Kramm**. Phlebitis without thrombosis as a cause of obliteration of the sinus in children. (*A. Ot.*, déc. 1908, p. 488.) — **Sydney Stephenson.** A case of thrombosis o the cavernous sinus, together with brief pathological and bactériological notes. (*L.*, 20 fév. 1909, p. 537.) — **Kopetzky**. Two cases of sinus thrombosis with atypical symptoms; operative and pathological findings. (*A. Ot.*, déc. 1908, p. 552.) — **Lahaussois**. Thrombophlébite du sinus latéral gauche et du golfe de la jugulaire au cours d'une otite moyenne aiguë suppurée. Ligature et section de la jugulaire interne. Drainage transsinuso-jugulaire. Guérison. (*L. M.* n° 11, 14 mars 1909, p. 529.) — **Urbantschitsch**. Zur Differentialdiagnose der otitischen Sinusthrombose. (*M. O.*, XLIII, f. 3, 1909, p. 161.) — **Friedenwald.** A report of five cases of thrombosis of the lateral sinus with recovery. Bearing upon the diagnosis and prognosis. (Rapport sur cinq cas de thrombose du sinus latéral avec guérison.) (*The Laryngoscope*, XIX 1er janv. 1909.) — **Theimer.** Ueber die Methode der Venenausschaltung bei otitischer Sinusthrombose und Pyämie. (*M. O.*, XLII, f. 10, p. 527.) — **Stertz (Georg)**. Katatonische Psy-

chose als symptomatisches Bild bei Sinusthrombose. (Psychose catatonique symptomatique d'une thrombose des sinus.) (*B. K. W.*, XLVI, 15, 12 avril 1909, p. 685.) — **Stephenson.** A case of thrombosis of the cavernous sinus with brief pathological and bacteriological notes. (*L.*, 4460, 20 fév. 1909.) — V. **Abcès cérébraux, mastoïdites.**

PATHOLOGIE DU CRANE ET DU RACHIS

CRANE

Auvray. Maladies du crâne et de l'encéphale. (*J.-B. Baillière*, Paris.)

FRACTURES. — **G. Dialti.** Disgiunzione suturaria traumatica fronto-parietale del cranio infantile. (*Regia Academia dei Fisiocritici in Siena.* S. du 28 fév. 1909.) — **Fritsch.** Komplizierte Schädelfraktur. (Fracture compliquée du crâne.) (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.* S. du 8 mars 1909.) — **Le Roy des Barres.** Fracture de la voûte du crâne. Trépanation immédiate; monoplégie brachiale gauche apparaissant dix-sept jours après l'accident; nouvelle trépanation; guérison. (*Revue médicale de l'Indo-Chine française*, 11-15 déc. 1908.) — **Murray Morton.** Operation in fractured base of skull. (*J. M. J. A.*, XIV, n° 1, 20 janv. 1909.) — **Rawling (L.-B.).** Traitement des fractures de la base du crâne. (*Medical soc. of. London*, 8 mars 1909.) — **Braun.** Ueber die Ortsbestimmung von Geschossen im Schädel. (Sur la localisation des blessures par coups de feu du crâne.) (*D. M. W.*, n° 16, 1909.) — V. **Traumatismes cérébraux.**

LÉSIONS DU SINUS FRONTAL. — **Brühl.** Zur Kasuistik der Stirnhöhleneiterungen. (*Zeitschr. f. Laryngol. u. Rhinol. I.*, f. 6, 1909, p. 637.) — **P. H. Gerber.** Die komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen. (*Karger*, Berlin.) — **A. Logan Turner.** The orbital complications of suppuration in the frontal and ethmoidal air sinuses. (*E. M. J.*, II, n° 5, mai 1909, p. 423.) — **Hajek (M.).** Zwei operative Todesfälle nach Stirnhohlen-operation. (*Wiener-laryng Ges.*) (*W. M, W.*, n° 10, 6 mars, p. 538. — **Stenger.** Eine absoluted Indikation zur Killianschen Operation bei chronischer Stirnhohleneiterung. (Une indication absolue pour l'opération de Killian dans la sinusite frontale chronique.) (*Z. O.*, LVII, f. 4, 1909, p. 346.) — **Ziem (C.).** Quelques mots sur la sinusite frontale. (*A. I. L.*, janv.-fév., 1909.) — **Crockett.** What type of operation is best adapted for the relief of disease of the frontal sinus? (Quel est le meilleur type d'opération pour le traitement des sinusites frontales?) (*B. M. S. J.*, CIX, 4, 28 janv. 1909.) — **Félix Kræmer.** Ein Beitrag zum Kapitel der Fremdkörper in der Stirnhöhle. (Corps étrangers du sinus frontal.) (*B. K. W.*, 13, 29 mars 1909, p. 596.)

TUMEURS. — **Borchardt.** Zur Cystenbildung in der hinteren Schädelgrube. (Formation de kystes dans la fosse occipitale.) (*Kong. der Deutsch. Gesells. f. Chirur. in Berlin*, 14, 17 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, n° 10 mai 1909, p. 554.) — **Unger.** Geheilter Cyste der hinteren Schädelgrube. (Kyste guéri de la fosse occipitale.) (*38 Versammlung der Deuts. Gesells f. Chirur. zu Berlin*, 14, 17 avril 1909.) — **Trautmann.** Bemerkungen zur Operation der Schädelbasisfibrome. (Remarques sur l'opération des fibromes de la base du crâne.) (*Archiv. für Laryngologie und Rhinologie*, XXI, 3, 1909.)

PLAGIOCÉPHALIE. — **F. Terrien et Bourdier.** Plagiocéphalie et cataracte congénitale. (*B. S. P.*, mars 1909, p. 146.)

LÉSIONS PÉTREUSES ET MASTOÏDIENNES. — **Zebrowski.** Przypadek ropnego zapalenia obudwu wyrostkow sutkowych po urazowem pekniecin blou befeukowych. Obustroune wydlo towanie wyrostkow-wyzdrowienie. (Un cas de double mastoïdite suppurée, consécutive à la rupture bilatérale de la membrane du tympan. Trépanation bilatérale. Guérison.) (*Gazeta Lekarska*, XXIX, n° 4, 23 janv. 1909.) — **Oppenheimer.** A case of acute mastoïditis, complicated by sygmoïd sinus thrombosis, extradural abscess, encephalitis and meningitis. Operation. Recovery. (*A. J. S.*, XXIII, n° 2, fév. 1909. — **Calhoun.** Results in four hundred operative cases of mastoïditis. (400 opérations de M.). (*N. Y. M. J.*, LXXXIX, 7, 13 fév. 1909.) — **Sohier Bryant.** Preventive and abortive treatment of Mastoïditis. — **Ibid.**, 5, 30 janv. — **Maccuen Smith.** Purulent diseases of the middle ear. The treatment of meningeal sinus, and labyrinth complications. (Affection purulente de l'oreille moyenne. Opération sur le sinus méningé, complications labyrinthiques.) (*Ther. Gaz*, 15 mars 1909, p. 153.) — **Hastings.** A case of unsuspected necrosis of the petrous bone : Meningitis : Death. (Carie insoupçonnée du rocher. Méningite. Mort.) (*A. Ot.*, déc. 1908, p. 558.) — **Herzog.** Die Verstopfung des runden Fensters und ihre Folgen. (L'obstruction de la fenêtre ronde et ses suites.) (*Münchener laryngo-otologische Gesellschaft*, 11 janv.) — **Reinking.** Ein Fall von Labyrinth-Lues. (Syphilis du labyrinthe.) (*Mediz. Lekt. der Schlesischen Gesells. fur Vaterb Kultur zu Breslau*, 12 mars 1909. — V. **Sinusites, abcès cérébraux, méningites.**

RACHIS

FRACTURES. — **C. Robertson.** Fracturas de la columna vertebral. (*A. P. C.*, VIII, mai-avril, 1909, p. 129.) — **P. Desfosses.** Déformation du tronc et fracture de la colonne vertébrale. (*Ps. M.*, n° 33, 24 avril 1909, p. 296.) — **Baum.** Isolierte Bauchdeckenspannung nach Wirbeltrauma. (Contracture isolée de la paroi abdominale après traumatisme vertébral. (*D. M. W.*, 25 mars 1909, p. 530.) — **Ziegler.** Ein seltener Fall von Halswirbelfraktur. (Cas rare de fracture vertébrale cervicale.) (*Fortsschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen*, XIII, f. 4, 1909, p. 236. — **I Oreviceanu** et **Mihail O. Iliescu.** Trei cazuri de retentia de urinà mictiune prin regorjement, consecutive unui traumatism indirect al coloanei vertebrale. (*S.*, XXIX, n° 4, 15 février 1909, p. 61.) — V. **Hématomyélie** : Schupfer.

OSTÉOMYÉLITE. — **Kirmisson.** De l'ostéomyélite vertébrale. (*Ps. M.*, n° 38, 12 mai 1909, p. 337.)

TUBERCULOSE. — **Lovett.** The modern treatment of tuberculosis of the spine. (*C. M. J.*, VIII, n° 2, fév. 1909.) — **Nutter.** Pott's Paraplegia cured by the plaster bed. (Paraplégie pottique guérie par la grande gouttière plâtrée.) (*M. M. J.*, XXXVIII, n° 1, janv. 1909, p. 21.) — **Wassiliew.** Operative Behandlung der Paraplegien bei tuberculöser Spondylitis. (Traitement opératoire des paraplégies dans les spendylites tuberculeuses.) (*A. K. C.*, LXXXVIII, 3, 1909.) — **Martineck.** Kompression des Rückenmarks mit einem Gibbus. (Compression de la moelle par gibbosité.) (*Gesellschaft der Charité. Aerzte.* S. du 14 janv. 1909. *B. K. W.*, XLVI, n° 9, 1er mars 1909, p. 418.)

TUMEURS. — **Harrichausen.** Ueber Dermoïde im Wirbelkanal neben Verdoppelung des Rückenmarks. (*P. Z. N.*, XXXVI, f. 34, p. 268.) — **Palmer.** Laminectomie pour carie vertébrale compliquée d'accidents paraplégiques ; guérison. (*Soc. méd. Londres*, 8 fév. 1909.)

SPONDYLOSE. — **Regnault.** Spondylose rhizomélique. (*Soc. anatomique*, 19 mars 1909.) — **Regnault (F.).** Un squelette de spondylose rhizomélique. (*B. S. A.*, X, 3 mars 1909, p. 135.) — **Reichmann.** Ueber chronische Versteifung der Wirbelsäule mit Demonstration eines Falles, bei dem ausserdem eine Pseudohypertrophie der Extremitätenmuskulatur vorlag. (Sur la rigidité chronique de la colonne vertébrale...) (*Naturwissenschaftl. Med. Gesells. zu Iena*, 25 fév. 1909.)

CYPHOSE. — **Danlos, Apert** et **Levy-Frankel.** Cyphose hérédo-familiale à début précoce. Anomalies multiples (mamelons surnuméraires, incisives de troisième dentition, acromégalo-gigantisme) chez plusieurs membres de la famille. (*B. S. M. H.*, n° 12, 1er avril, p. 653). — **Nageotte-Wilbouchewitch.** Cyphose à crête épineuse. (*A. M. E.*, avril 1909.)

SCOLIOSE. — **Nicoladoni (C.).** Anatomie und Mechanismus der Skoliose. (*Urban und Schwarzenberg.* Berlin und Wien, 1909.) — **Desfosses (P.).** La scoliose par malformation vertébrale. (*Ps. M.*, n° 37, 8 mai 1909, p. 325.) — **Dieulafé.** Scoliose réflexe et abcès périnéphrétique. (*Revue d'orthopédie*, X, 1, 1er janv. 1909.) — **Carles.** Sur quelques cas de scoliose liée à l'existence de la paralysie infantile. (*Revue d'orthopédie*, X, 1, 1er janv. 1909.) — **Arrès.** Des scolioses liées à l'existence de la paralysie enfantile. (*Th. de Bordeaux*, 26 mars 1909.) — **Desfosses (P.).** A propos de la scoliose dorsale consécutive à la paralysie infantile. (*Ps. M.*, n° 21, 13 mars 1909, p. 184.) — **Parhon (C.) et Jiano (J.).** Goitre et scoliose de l'adolescence. Contribution à la pathogénie de cette scoliose. (*I. S.*, XXII, n° 1, janv.-fév. 1909, p. 32.) — **Schanz.** Kann Gymnastik in der Skoliosenbehandlung schädlich wirken ? (La gymnastique peut-elle avoir une action défavorable dans le traitement de la scoliose ?) (*A. K. C.*, LXXXVIII, f. 4, 1909.)

SPINA-BIFIDA. ANOMALIES DIVERSES. — **Debono.** Spina-bifida. (*C.* IV, n° 17, 23 avril 1909, p. 261.) — **Oehlecker.** Eine Kongenitale Verkrümmung der Wirbelsäule infolge Spaltung von Wirbelkörpern. (Spina-bifida anterior.) (Incurvation congénitale de la colonne vertébrale due à la fente des corps vertébraux : spina-bifida antérieur.) (*Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, LXI, f. 3, 1909.) — **Algyogyi (H.).** Infantile Polyarthritis chronica mit Hypoplasie der Röhrenknochen und der Halswirbel. (*Gesells f. innere Med. und Kinderheil. in Wien.* S. du 1er avril 1909.) — **Maygrier et Lemelaud.** Spina-bifida opéré quatre jours après la naissance : mort par hydrocéphalie. (*Soc. d'obstétrique de Paris*, 22 avril 1909.)

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

P. GÉNÉRALE

NÉVRALGIES. — **Simon (R.-M.).** The nerve sheath in the causation and treatment of neuralgia. (La gaine nerveuse dans la cause et le traitement des névralgies.) (*B. M. J.*, 10 avril 1909, p. 890.) — **Mainzer.** Zur Behandlung der Neuralgien mit Alkoholinjektionen. (Traitement des névralgies par les injections d'alcool.) (*Aerztlicher Verein in Nürnberg*, 17 déc. *M. M. W.*,

n° 13, p. 684.) — **Wilfred Harris**. The alcohol injection treatment of neuralgia and spasm. (*Proc. Roy. soc. of Med. neurol. section*, mars 1909, p. 77.)

NÉVRITES. — **Ebstein**. Ueber die Neuritis puerperalis und di luxatio paralytica iliaca, sowie deren Folgezustände. (Sur la névrite puerpérale et la luxation paralytique iliaque; ses conséquences.) (*T. Mh.*, mars 1909.) — **Cowan and M'Kim**. Case of peripheral neuritis in which the diaphragm was paralysed for three mouths. (Cas de névrite périphérique dans lequel le diaphragme fut paralysé pendant trois mois.) (*G. M. J.*, fév. 1909, p. 104.) — **Kerschensteiner**. Periphere Neuritiden bei Infektionskrankheiten. (*M. K.*, n° 10, 1909.) — **Dejerine** et **Thomas** (**André**). Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la névrite ascendante. (A propos d'un cas suivi d'autopsie.) (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 496. — **Perroncito** (**A.**). Gli elementi cellulari nella degenerazione dei nervi. (*Soc. med. chirur. di Pavia.* S. du 26 mars 1909.) — V. **Arsenic** : Byrnes.

NÉVRITES CENTRALES. — **Cotton** (**H.-A.**) A case of central neuritis with autopsy. (*A. J. I.*, LXV, n° 4, avril 1909, p. 633.) — **Isador** (**H.**) et **Coriat**. The symptom-complex of central neuritis. (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 5, mai 1909, p. 277.)

POLYNÉVRITES. — **Mancini** (**Stefan.**). Sulla potogenesi della polinevrite a frigore. (*Ri. M.*, XXV, n° 15, 12 avril 1909, p. 403.) — **Krivsky**. Un cas de polynévrite pendant la grossesse. (*Ann. de gynéc. et d'obstét.*, fév. 1909). — **Starck** (**V.**). 3 Falle von Polyneuritis im Kindesalter. (Trois cas de polynévrite dans l'enfance.) (*Medizinische Gesells in Kiel*, 16 janv. 1909.) — **Dina** (**E.**). Polinevrite acuta in un bambino di 20 mesi, determinante la paralisi dei quattro article del VII di destra (ramo superiore ed inferiore.) (*R. I. N.*, janv. 1909.) — **Perrin** (**M.**). A propos de l'exagération des réflexes rotuliens dans un cas de polynévrite. (*R. N.*, XVII, n° 5, 15 mars 1909, p. 255.) — **Stintzing**. Ophthalmoplegia externa bei akuter Polyneuritis. (*Naturwissenschaftl., med. Gesells. Zu Iena*, 25 fév. 1909.)

PSYCHOSE DE KORSAKOFF. — **Chartier**. Un cas de psychose polynévritique chez une alcoolique de soixante-trois ans. (*Soc. de psychiatrie*, 22 avril 1909.) (*E.*, IV, n° 5, 10 mai 1909, p. 499.) — **Choraschko**. Zur Lehre von der Korsakoff'schen polyneuritischen Psychose. (*N. C.*, n° 7, 1er avril 1909, p. 341.)

NEUROFIBROMATOSE. — **Oulmont** et **Haller**. Un cas de neurofibromatose généralisée. (*B. S. M. H.*, n° 13, 8 avril 1909, p. 707. — **Harbitz** (**F.**). Neuro-fibromatose multiple (maladie de Recklinghausen.) (*The archives of internal medicine*, III, n° 1, 15 fév. 1909, p. 32.) — **Delbanco**. Cas de Neurofibromatose multiple. (*Aerztlicher Verein in Hamburg*, 23 mars 1909.) — **Humber**. Neurolipomatosis dolorosa. (*Aerztlicher Verein in Hamburg*, 9 fév. 1909.) — **Merle**. Maladie de Recklinghausen et rétraction de l'aponévrose palmaire. (*Soc. de neur. de Paris*, S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 354.)

PATHOLOGIE SPÉCIALE

NERF OPTIQUE. — **Paunz**. On Rhinogenous Optic Neuritis. (*A. Op.*, janv. 1909, p. 19.) Ueber rhinogene Sehnervenentzündung. (*Arch. für Augenheilk.*, XLI, f. 4.) — **Rollet** (**E.**) et **Durand** (**L.**). Névrites optiques et ophtalmie sympathique expérimentales. (*Soc. d'opht. de Lyon*, 6 janv. 1909.) *Revue gén. d'orthopédie*, 28 fév. 1909, p. 51.) — **Péchin**. Atrophie optique sympathique. (*Soc. française d'ophtal. Congrès 1909*, 4 et 5 mai 1909.) — **Widmark**. Ueber Behandlung der sympatischen Augenentzündung mit Natrium salicylicum. (*Mitteilungen aus der Augenklinik.* Stockholm, 1908-1909.) — **Maklakow**. Neuritis optica mit Entwicklung einer Weissen Spritfigur in der Makulagegend infolge der Influenza. Névrite optique, avec développement d'une figure blanche en flammèches dans les environs de la macula, consécutive à l'influenza. (*K. M. A.*, février 1909, p. 165.) — **Risley**. Optic neuritis associated with disease of the sinuses accessory to the nase. (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 5, mai 1909, p. 270.) — **Hagl** (**J.**). Gibt es ursachliche Beziehungen zwischen Neuritis optici und Halsmarkerkrankungen ? (Y a-t-il des rapports de causalité entre la névrite optique et les affections de la moelle cervicale ?) (*I. D.*, Würzburg mars 1909.) — **Oguchi**. Beitrag zur Anatomie der Hornhautfistel nebst Bemerkungen über eine eigenartige Sehnervenexcavation bei sekundaren glaukom (Gläskorperhernie.) (Fistule de la cornée. Remarques sur une excavation particulière du nerf optique dans le glaucome secondaire.) (*Archiv. fur Opht.*, LXX, 1.) — **Frankel** (**H.**). Sur les cavités partielles de la papille du nerf optique. (*A. Oc.*, CXL, 2 fév. 1909, p. 101.) — **Dor** (**L.**). Électrocution, atrophie partielle du nerf optique droit, cataracte O. G. (*C. O.*, 10 mars 1909.) — **Knapp**. Sur l'inflammation des nerfs optiques pendant la grossesse. (*A. Op.*, f. 3, 7 mars 1909.) — V. **Grippe**.

NERFS OCULO-MOTEURS. — **Berger**. Sur l'ophtalmoplégie. (*Naturwis., mediz. Gesells. zu Iena*, 21 janv. 1909.) — **Julin**. Les paralysies des oculogyres, leurs associations et leurs dissociations. (*Th. de Paris*, mars 1909.) — **Takahashi**. Ein Fall von akut entstandener doppelseitiger Lähmung des äusseren okulomotorius und des Trochlearis. (Un cas de paralysie double du moteur oculaire externe et du trochléaire.) (*K. M. A.*, mars 1909, p. 270.) — **Ricchi** (**R.**). Paralysie de la VIe paire après rachinovocaïnisation. (*R. O.*, XXXI, 2 fév., p. 55.) Un caso di paralisi

del VI da rachinovocaïnizzazione. (*Soc. med. chir. di Bologna*, 12 fév. 1909. — **Nazari** (**A.**) et **Chiarini** (**P.**). Oftalmoplegia esterna cronica familiare. (*P. Sez. medica*, XVI, f. 3, mars 1909, p. 97.) — **Galezowski**. Paralysie congénitale de l'abduction unilatérale avec enophtalmie et diminution de la fente palpébrale. (*Soc. d'ophtalmologie de Paris*, 2 mars 1909.) — **Hughlings Jackson** (**J.**). et **Leslie Paton**. On some abnormalities of ocular movements with particular reference to « erroneous projection » in cases of paralysis of muscles of the eyeball. Quelques anomalies des mouvements oculaires et leurs rapports particuliers avec les « erreurs de projection » dans les cas de paralysies des muscles du globe oculaire. (*L.*, 27 mars 1909, p. 900.) — V. **Cérébro-sclérose lacunaire, syphilis** : De Lapersonne. **Polynévrites** : Stintzig.

NÉVRALGIES DU TRIJUMEAU. — **Sicard** (**J.-A.**). Diagnostic des névralgies faciales. Névralgisme facial. (*Ps. M.*, n° 32, 21 avril 1909, p. 283.) — **Josserand**. Observations de névralgies faciales. (*B. S. E.*, déc. 1908, p. 309.) — **Boulai**. Œil et névralgie faciale. (*Rn. M.*, fév. 1909.) — **Bodon** (**G.**). Trigeminusneuralgie und Nasenaffektion. (N. du trijumeau et affections nasales.) (*W. M. W.*, n° 9, 27 fév. 1909, p. 469.) — **Jacquet** et **Sergent**. Sur un cas de pelade avec névralgie faciale. (*B. S. M. A.*, 10 mars 1909, p. 467.) — **Müller** (**F.**). Ueber dentale Neuralgien, insbesondere über die dentale Otalgie. (*Z. O.*, LVII, f. 2, 3, 1909, p. 134.) — **Schlesinger**. Typische Neuritis des N. alveolaris inferior infolge einer Carcinommetastase in Unterkiefer. (*Gesells f. innere Medizin und Kinderheilk. in Wien.* S. du 1er avril 1909.) — **Kilvington**. Infraorbital neuralgia. (*I. M. J. A.*, 20 fév. 1909, p. 73.) — **Purves Stewart**. A lecture on trigeminal neuralgia and its treatment by Schlosser's method. (*C. J.*, 17 mars 1909, p. 364.) — **Deaver**. The intracranial causes and operative treatment of trigeminal neuralgia. (*N. Y. M. J.*, 27 mars 1909, p. 623.) — **Delbet** (**Pierre**). Névralgie faciale. (*B. S. C.*, n° 9, 9 mars 1909, p. 311.) — **Este** (**S. d'**). Sulla terapia operativa della nevralgia facciale. (*M.*, partie 2, LI, n° 12, 25 fév. 1909, p. 177.) — **Aurone**. Du traitement de la névralgie faciale rebelle par la section de la grosse racine protubérantielle du trijumeau. (*Th. de Bordeaux*, 30 avril 1909.)

PARALYSIE FACIALE. — **Lowinsky**. Peripherische Fazialislähmung im Frühstadium der Syphilis. (Paralysie faciale périphérique au début de la syphilis.) (*Derm. Zentr.*, XII, f. 1.) — **Perrando** (**G.-G.**). La paralisi facciale come lesione personale. (*R. I. N.*, II, f. 4, avril 1909, p. 149.) — **Batut** (**L.**). Paralysies faciales. (*Bull. de la Soc. médico-chirurgic. de la Drôme*, 20 fév. 1909, p. 51). — **Krondl**. Ein Kasuistischer Beitrag zur Fazialislähmung nach Zahnextraktion. (Paralysie faciale après avulsion dentaire.) (*W. K. W.*, n° 17, 1909.) — **Tilmann**. Demonstration eines Kranken mit Facialis-Hypoglossusanastomose. (Présentation d'un malade avec anastomose du facial et de l'hypoglosse.) (*Kong. der Deutsch. Gesells. f. Chirur. in Berlin*, 14, 17 avril 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 554.) — **Alt** (**F.**). Die Prognose und Behandlung der otogenen Facialislähmung. (Pronostic et traitement de la paralysie faciale d'origine otique. (*Internat. Zentralbl. f. Ohrenheilk.*, VII, f. 4, p. 169.) — **Tilmann**. Technik der Nervenpfropfung bei Facialislälhmung. (Technique de la greffe nerveuse dans la paralysie faciale.) (*38 Versammlung der Deutsch. Gesells. f. Chirur. zu Berlin*, 14, 17 avril 1909.)

PNEUMOGASTRIQUE. — **Dufour** et **Cottenot**. Névrite gravidique localisée au pneumogastrique Persistance de la tachycardie trois mois après la disparition de vomissements incoercibles (*Soc. de neur. de Paris*. S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 366.) — **Brindel**. Epreuve positive à l'adrénaline; réaction de Meltzer et Lœvi dans un cas de section accidentelle simultanée du sympathique et du pneumogastrique. (*R. H. L.*, 24 avril 1909). — V. **Siphylis** : Lambert. **Maladie de Basedow** : Bret.

NERF RÉCURRENT. — **Guder** (**E.**) et **Dufour** (**R.**). De la pathogénie et de l'importance seméiologique de la paralysie récurrentielle, à propos de soixante-dix-neuf observations personnelles. (*Re. M.*, XXIX, n° 4, 10 avril 1909, p. 300.) — **Korner** (**O**) et **Sebba** (**M.**). Beiträge zur Kenntniss der Lähmungen des Nervus recurrens. (Paralysies du récurrent.) *Z. O.*, LVI, 4.) — **Osler** (**W.**). De la paralysie du nerf récurrent gauche dans les affections mitrales. (*M. M. C.*, fev. 1909, p. 73. *A. M. C. V.*, n° 2, fév. 1909, p. 73.) — **Kuttner**. Fall von Rekurrenslähmung. (Paralysie du recurrent.) (*Laryng Gesells.*, 19 fév. *B. K. W.*, n° 13, p. 612.) — **Chenery**. A cases of paralysis of the left vocal cord caused by peritracheal tumor. (Paralysie de la corde vocale gauche par tumeur péritrachéale. (*The Laryngoscope*, XIX, 1er janv. 1909.) — **Pallasse**. Paralysie laryngée dans la fièvre typhoïde. (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 30 mars. *L. M.*, n° 17, 25 avril 1909, p. 879.) — **Menzel**. Paralysie partielle du récurrent datant de seize ans, avec secousses convulsives et contractions de la moitié droite du larynx, probablement de nature syringomyélique. (*Wiener laryngologische Gesells.*, 14 avril. *W. M. W.*, n° 18, p. 991.)

HYPOGLOSSE. — **Wertheim**. Ein Fall von isolierter Verletzung des Nervus hypoglossus. (Un cas de blessure isolée du nerf hypoglosse.) (*D. Z. C.*, XCVIII, f. 1, janv. 1909, p. 94.)

PLEXUS BRACHIAL. — **Babonneix** (**L.**) et **Voisin** (**R.**). Un cas de paralysie radiculaire type Erb, d'origine intestinale. (*G. H.*, 57, 18 mai 1909, p. 719.) — **Picqué** (**R.**). Paralysie radiculaire du plexus brachial, type Duchenne-Erb, due à la compression d'un cal vicieux de la cla-

vicule. Résection du cal et suture des fragments. (*B. S. C.*, XXXV, 16, 16 mai, p. 535.) — **Bardenheuer.** Beitrag zur operativen Behandlung der Plexuslähmung. (*Kong. der Deutsch. Gesells. f. Chirur. in Berlin*, 14-17 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 554.)

NERF CUBITAL. — V. **Fièvre tiphoïde** : Lazarew.

NERF FÉMORO-CUTANÉ. — **Dufour** (**H.**). et **Cottenot.** Névralgie paresthésique bilatérale du fémoro-cutané et du perforant cutané supérieur du crural (nerf pseudo-cutané externe) chez une femme enceinte. (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 488.)

NERF SCIATIQUE. — **Campani** (**A.**). Il procedimento di Lasègue e quello di Mannkopf usati contemporaneamente come metodo per svelare la simulazione della sciatica. (Le procédé de Lasègue et celui de Mannkopf employés simultanément comme moyen de déceler la simulation de la sciatique.) (*M.*, part. II, LI, n° 23, 21 avril 1909, p. 359.) — **Peltesohn.** Die Lähmungen un Gefolge der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (Les paralysies consécutives à la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche.) (*Zeitsch. f. orthopäd. Chirur.* XXIII, f. 1, 2.) — **Graf.** Zur Aetiologie der angeborenen Hüftnervenkrankheiten. (Etiologie des affections congénitales du sciatique.) (*Physiolog. Verein* in Kiel., 11 janv. 1909.) — **Petrén** (**K.**). Remarks on sciatica and morbus coxæ senilis especially with regard to their treatment (*R. N. P.*, VII, n° 5, mai 1909. p. 305.) — **D'Orsay Hect.** Treatment of sciatica by deep perineural infiltrating injections of salt solution. (*J. A. M. A.*, 6 février 1909, p. 444.) — **Raimist.** Zur Infiltrationstherapie der Ischias. (*D. Z. N.*, XXXVI, f. 3, 4, p. 283.) — **Oualid.** Traitement de la sciatique par les injections de solutions salines dans le nerf. (*Th. de Paris*, mars 1909.)

GANGLION SEMI-LUNAIRE. — V. **Mélancolie** : Vigouroux et Laignel-Lavastine.

SYNDROMES DOULOUREUX ET TROUBLES FONCTIONNELS VISCÉRAUX

MIGRAINE. — **Jacquet** (**L.**). et **Jourdanet.** Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique de la migraine. (*Re. M.*, XXIX, n° 4, 10 avril 1909, p. 271.) — **Schüller** (**A.**). Ueber genuine und symptomatische Migräne. (*W. M. W.*, LIX, n° 17, 24 avril 1909, p. 913.) — **Bornstein.** Migraine ophthalmoplégique. (*M. P. N.*, XXV, f. 3, mars 1909, p. 255.) — **Grandclément.**, Ophtalmo-céphalée essentielle, pseudo-hystérique. (*Soc. française d'ophtal.* Congrès 1909 4 et 5 mai.)

MAL DE MER. — **Bonnet.** Contribution à l'étude du mal de mer. (*Th. de Montpellier*, 31 mars 1909.)

MALADIE DE DERCUM. — **Price** (**G.-E.**). Report of a case of adiposis dolorosa, showing imperfect development of the ribs and vertebræ. (Rapport d'un cas d'adipose douloureuse traduisant un développement incomplet des côtes et des vertèbres.) (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 4, avril 1909, p. 200.)

DIVERS. — **Miller.** Ueber das Auftreten von Schmerzen bei witterungswechsel. (Sur l'apparition des douleurs dans les changements de température.) (*M. M. W.*, LVI, n° 16, 20 avril 1909, p. 802.) — **Brunzlow.** Ueber hysterische Schmerzen am Warzenfortsatze bei Ohrkranken. (Douleurs hystériques du mamelon dans les maladies de l'oreille.) (*D. M. Z.*, f. 5, 1909.) — **Bernhardt.** Ueber eine eigentümliche Art schmerzhafter Mitempfindung bei einem Prostatiker. (*N. C.*, n° 6, 16 mars 1909, p. 297.)

TROUBLES DE LA CIRCULATION

ANGINE DE POITRINE. DOULEURS CARDIAQUES. — **Durand** (**G.**). Angine de poitrine. (*G. H.*, n° 36 et 39, 1909, p. 431 et 469.) — **Doland.** Angine de poitrine et suralimentation. (*N. Y. M. S.*, 20 mars 1909.) — **Selig** (**L**). Douleurs cardiaques. (*30 Versammlung der Balnéologischen Gesellschaft.* Berlin 4-9 mars 1909.)

ARYTHMIE. — **Koch.** Ueber die struktur des oberen Kavatrichters und seine Beziehungen zum Pulsus irregularis perpetuus. (*D. M. W.*, 10, 1909.) — **Schönberg.** Weitere Untersuchungen des Herzens bei chronischer Arrythmie. (*Frankf. Zeitschr. f. Pathol.*, II, p. 462.) — **Lewis.** Extrasystoles isolées et successives. (*L.*, 6 fév. 1909.) — **Albrecht** (**E.**). Die Erlähmung des hypertrophierten Herzmuskels. (*Frankf. zeitschr. f. Pathol.*, II, p. 627.)

MALADIE DE STOKES-ADAMS, BRADYCARDIES. — **Gibson** (**G. A.**). et **Ritchie** (**W.-T.**). A Historic instance of the Adams-Stokes syndrome due to heart-block. (*E. M. J.*, II, n° 4, avril 1909, p. 315.) **Huismans.** Ueber Bradykardie und den Stokes-Adamsschen Symptomen Komplet Bradycardie et syndrome de Stokes-Adams. (*M. M. W.*, LVI, 12, 23 mars, p. 613.) — **Handwerck.** Adams-Stokesscher Symptomenkomplex : Gumma des Vorhofsseptum. (*M.*

M. W., LVI, n° 18, 4 mai 1909, p. 916.) — **Fahr.** Unterbrechung des Reizleitungssystems durch ein im Herzseptum sitzendes Gumma. (*Biol. Abteilung des ärztlichen Vereins in Hambourg.*, 2 fév. 1909.) — **Vigouroux (A).** Pouls lent permanent, vertiges épileptiques et troubles mentaux. (*S. C. M. M.*, II, n° 3, mars 1909, p. 72.) — **Dubois (A.).** Bradycardies et faisceau de His. (*Maloine*, Paris.)

TROUBLES RESPIRATOIRES

Kauffmann Max. Ueber Atemstörungen bei einenen Fall von Stirnhirndefekt. (Troubles respiratoires dans un cas de malformation des lobes frontaux. (*Journal fur Psychol und Neurol.*, XII, 4, 1909, p. 159.)

ASTHME. — **Moncorgé.** L'Asthme. (*Vigot*, Paris 1909.) — **Jagic (N.v.).** Zur Behandlung der Asthma bronchiale (nervosum.) (Traitement de...) (*B. K. W.*, XLVI, 13, 29 mars 1909, p. 583.) — **Maurel (Pierre).** De l'asthme infantile. (*G. H.*, n° 46, 22 avril 1909, p. 566.) — **Martinet.** Résultats malheureux du sérum antidiphtérique avec étude spéciale dans ses relations avec l'asthme. (*Ps. M.*, 19 mai 1909.) — **Billard et Maltet.** Sérothérapie contre le rhume des foins et l'asthme. (*G. H.*, 52, 6 mai 1909, p. 651.)

NÉVROSES NASALES. — **Butler.** Quelques névroses réflexes, guéries par le traitement d'affections nasales concomitantes. (*Monthly cyclopædia*, janv. 1909.) V. **Trijumeau** : Bodon.

TROUBLES DIGESTIFS

Mac-Auliffe. La douleur au cours des troubles digestifs. Les insensibles et les sensibles. (*C.*, IV, n° 15, 9 avril 1909, p. 229.) — **Bonorino Udaondo (G.).** Las dispepsias nerviosas y su tratamiento. (*A. P. C.*, VIII, mai-avril 1909. p. 195.) — **Williams (Tom A.).** Mental causes in bodily disease : the most frequent cause of the origin of « nervous indigestion ». (Cause la plus fréquente de l'indigestion nerveuse.) (*J. A. Ps.*, fév. 1909, p. 386.) — **Deaver.** Gastric neurosis. (*A. J. M. S.*, CXXXVII, n° 2, fév. 1909, p. 157.) — **Looser.** Kardiospasmus. (*Naturhistorisch. Medizinischer Verein zu Heidelberg*, 25 janv. 1909.) — **Bickel.** Zur Pathogenese der nervösen Sekretionsstörungen des Magens. (Pathogenèse des troubles nerveux de la secrétion stomachale.) (*Berlin. Verein f. inn. Medizin.*, 22 mars. *D. M. W.*, n° 16, 1909.) — V. **Hystérie.**

VOMISSEMENTS. — **Cirera-Salse (L.).** Un cas curieux de vomissements nerveux. (*A. E. R.*, fév. 1909.) — **Noucheff.** Vomissements hivernaux. (*P. V.*, 11 janv. 1909.)

TROUBLES GÉNITO-URINAIRES

Courtade. Des névralgies de l'appareil génito-urinaire et de leur traitement par les courants de haute fréquence. (*Arch. générales de thérapeut. physique*, 20 mars 1909.) — **Bonnier (P.).** Traitement des troubles génito-urinaires par action directe sur les centres nerveux. (*Académie des sciences*, avril 1909.) — **Dercum (Clara).** Nervous disorders in women simulating pelvic disease. (*J. A. M. A.*, III, n° 9, 13 mars 1909, p. 848.) — **Parkes Weber (F.).** A note on local anaesthesia in regard to the causation of « idiopathic » paralysis and dilatation of the urinary bladder. (*Practitioner*, avril 1909, p. 445.)

DIABÈTE INSIPIDE. — **Ebstein.** Beiträge zur Lehre Vom Diabetes insipidus. (*D. A. K. M.*, XCV, 1 et 2.) — **Weil (A.)** Ueber die hereditäre Form des Diabetes insipidus. (*I. D.*, mars 1909.)

GLYCOSURIE. — **Parisot (J.).** Contribution à l'étude de la glycosurie d'origine nerveuse (*R. M. E.*, 15 avril 1909, p. 239.)

TROUBLES LACRYMAUX

Demonchy. Un cas de larmoiement involontaire. (*R. H.*, XXIII, n° 9, mars 1909, p. 279.)

PATHOLOGIE DES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE
DYSTROPHIES ACQUISES OU CONGÉNITALES

HYPOPHYSE

Delille. L'hypophyse et la médication hypophysaire (étude expérimentale et clinique). (*Th. de Paris*, 13 mai 1909.) — **Laignel-Lavastine.** Les troubles psychiques dans les syndromes hypophysaires. (*Re. M.*, XXIX, n° 5, 10 mars 1909, p. 172). — **Messedaglia.** Lesioni dell'ipofisi e glicosuria. (*M.*, part. II, LI, n° 30, 26 mai 1909, p. 465.) — **Caussade (G.)** et **Laubry (Ch.).** Sarcome de la glande pituitaire sans acromégalie. (*A. M. E.*, XXI, 2 mars 1909, p. 172.) — **Crzellitzer.** Geschwulst in der Hypophysisgegend mit ungewöhnlichen Sehstörungen. (*B. K. W.*, XLVI, n° 20, 17 mai 1909, p. 921.) — **Formanek.** Zur Kasuistik der Hypophysengangsgeschwülste. (*W. B. W.*, n° 17, 1909.) — **Hirsch (Oskar.).** Eine neue Methode der endo-

nasalen Operation von Hypophysentumoren. (*W. M. W.*, LIX, n° 12, 20 mars 1909, p. 637.) — **Loewe** (**L.**). Weitere Mitteilung zur Freilegung der Hypophysis (Ablation de l'hypophyse.) (*B. K. W.*, n° 10, 8 mars 1909, p. 448.) — **Venus**. Die operative Behandlung der Hypophysentumoren. (Traitement opératoire des tumeurs de l'hypophyse.) (*C. G. M. C.*, XII, 2, 12 fév. 1909.)

ACROMÉGALIE. — **Presbéanu**. De l'hypophyse dans l'acromégalie. (*Th. de Paris*, mars 1909.) — **Campbell Geddes** (**A.**). Report upon the examination of the body of an acromegalic subject. (*E. M. J.*, vol. II, n° 3, mars 1909, p. 218.) — **Hochenegg**. Akromegalie. (Présentation.) (*K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*. S. du 26 fév. 1909.) — **Lévi** (**E.**). Persistance du canal craniopharyngien dans deux crânes d'acromégaliques ; importance de ce nouveau fait rapport à la pathogénie de l'acromégalie et des syndromes analogues. (*Soc. de neur.*, 1er avril 1909. (*R. N.*, XVII, n° 9, 15 mai 1909, p. 533.) — **Béclère** (**A**.). Le traitement médiçal des tumeurs hypophysaires, du gigantisme et de l'acromégalie par la radiothérapie. (*A. E. M.*, 10 mars 1909.) — **Phillips**. Un cas d'acromégalie avec thrombophlébite des veines superficielles. Altérations acromégaliques. (*M. R.*, 20 fév. 1909.) — **Hochenegg**. Drei Fälle von Akromegalie. Extirpation eines hypophysentumors. (Trois cas d'acromégalie. Extirpation d'une tumeur de l'hypophyse.) (*Gesellschaft der Aerzte in Wien*. S. du 26 fév.)

GIGANTISME. — V. **Acromégalie.** — **Bibergeil**. Ueber partiellen Riesenwuchs. (Gigantisme partiel.) (*Gesellschaft der Charité-Aerzte*. S. du 11 fév. 1909.)

MACROGLOSSIE. — **Ahlfors**. Fall af kongenital hemihypertrofi och makroglossi. (*Hy.*, janv. 1909.)

CORPS THYROIDE.

Murray. On the signs of early disease of the thyroid gland. (Signes d'une affection précoce de la glande thyroïde.) (*B. M. J.*, 2511, 13 fév. 1909.) — **Bouquet** (**H.**). L'évolution psychique de l'enfant. (*Bloud et Cie*, Paris 1909.) — **Bard**. Néoplasme malin du corps htyroïde. (*Soc. med. Genève*, 14 janv. 1909.) — **Thelwall** (**Th.**) et **Bligh** (**M.**). Adénome thyroïdien. (*Inst. Med. Liverpool*, 4 fév. 1909.) — **Sardou** (**G.**). Discordances et dissociations fonctionnelles dans l'évolution morbide des états thyroïdiens (*R. M.*, XXIX, n° 4, 10 avril 1909, p. 324.) — **Lévi** (**L.**) et **Rothschild**. Pathologie thyroïdienne. (*Revue d'hyg. et de méd. infantiles*, mars 1909.) — **Lévi** (**Léopold**) et **Rothschild** (**H. de**). Corps thyroïde et névralgies. Dysesthésies thyroïdiennes. (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1909.*R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 518.) — **Marbé** (**S.**). Les opsonines et la phagocytose dans les états thyroïdiens. IV. Action directe, *in vitro*, du corps thyroïde. (*C. R. S. B.*, n° 10, 19 mars 1909, p. 432.) — **Woudenberg**. Die Vergrösserung der Schilddrüse bei Haustieren. L'hypertrophie du corps thyroïde chez les animaux domestiques. (*V. A.*, CXCVI, p. 107.)

MALADIE DE BASEDOW. — **Eppinger** et **Hess**. Zur pathologie der Basedowschen Krankheit. (*26 Kongress f. innere Med. Wiesbaden*, 19-22 avril 1909.) — **M'Williams** (**C. A.**). Exophthalmic goitre. (*N. Y. M. J.*, 3 avril 1909, p. 678.) — **Cerioli** (**A.**). Morbo di Basedow conseguente all' uso di preparati iodici. (*P. Sez. Prat.* XVI, f. 17, 25 avril 1909, p. 527.) — **Bret** et **Mouriquand** (**G.**). Les lésions du système nerveux central dans la maladie de Basedow (hémiatrophie linguale) chez une basedowienne (*L. M.*, n° 10, 7 mars 1909, p. 473.) — **Romolo Gabaglio**. Sindrome di Flaiani-Basedow associata con fatti del morbo di Pierre Marie. (*M.*, LI, 1re partie, n° 3, mars 1909, p. 113.) — **Dalmas**. Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique. (*Th. de Paris*, 18 juin 1909.) — **Ledoux**. Organothérapie du goitre exophtalmique ; l'hématoethyroïdine. (*R. M. F. R.*, 10 mars 1909.) — **Walter Edmunds**. The treatment of Graves's disease with the milk of thyroïdless goats. (Traitement de la maladie de Basedow par le lait de chèvres ethyroïdées. (*L.*, 10 avril 1909, p. 1040.) — **Heinlein**. Maladie de Basedow grave guérie par l'exothyreopexie. (*Nurnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik*, 3 déc. 1908.) — **Schultheiss** (**E.**). Ueber Erblichkeit bei Morbus Basedowii. (Sur l'hérédité de...) (*I. D.*, Iéna, mars 1909.) — **Sokolowski**. Ueber Morbus Basedowii und seine operative Behandlung. (*S. P. M. W.*, n° 11, 1909, p. 149.) — **Thelwall** (**Th.**) et **Bligh** (**M.**). Goitre exophtalmique, ablation, guérison. (*Inst. Med. Liverpool*, 4 fév. 1909.) — **Thurstan-Holland** (**C.**). The X-ray treatment of exophthalmic goitre. (*Proc. Roy. Soc. of. Med.*, Electro-ther-Section, mars 1909, p. 79.)

EXOPHTALMIE PULSATILE. — **Ryan**. Pulsating exophtalmos. (*I. M. J. A.*, XIV, n° 1, 20 janv. 1909.) — **Beatson Hird** et **Haslam**. Case of spontaneous pulsating exophtalmos. (*L.*, CLXXVI, n° 4459, 13 fév. 1909.) — **Lustig**. Ueber einen Fall von Exophtalmus unilateralis. (*D. M. W.*, n° 16, 1909.)

ENOPHTALMIE. — **Hartung** (**K.**). Ueber 14 Fälle von Enophtalmus traumaticus. (*I. D.*, Iena, avril 1909.)

CRÉTINISME. — **Bircher**. Zur Implantation von Schilddrüsengewebe bei Kretinen. Implantation de tissu thyroïdien chez les crétins. (*D. Z. C.*, XCVIII, f. 1, janv. 1909.)

PARATHYROIDES. — **Laignel-Lavastine**. Les troubles psychiques dans les syndromes parathyroïdiens. (*Re. M.*, XXIX, n° 4, 10 avril 1909, p. 315.) — V. **Tétanos** : Babonneix et Harvier. **Tétanie, Physiologie.**

THYMUS

Otto Lerch. — Thymus enlargement, associated with nervous symptoms. (Hypertrophie thymique associée à des symptômes nerveux. (*M. R.*, 6 mars 1909.) — **Robinson** (**R.**). La mort subite des enfants « par le thymus » (thymus-tod) et dans l'anesthésie chloroformique. (*C.*, n° 10, 5 mars 1909, p. 148.)

SURRÉNALES

MAL D'ADDISON. — **Teissier** (**Pierre**) et **Schæffer**. Syndrome d'Addison ; opothérapie ; pression artérielle avant et pendant l'opothérapie. (*B. S. M. H.*, n° 8, 4 mars 1909, p. 331). — **Croom** (**H.**). La maladie d'Addison comme affection familiale. (*L.*, 27 fév. 1909.)

GLANDES GÉNITALES

Laignel-Lavastine. — Les troubles psychiques dans les syndromes génitaux mâles. — (*Re. M.*, XXIX, n°3, 10 mars 1909, p. 232.) — V. **Ostéomalacie.**

INFANTILISME. — **Merletti** (**C.**) Morfologia e fisiopatologia nelle donne con infantilismo genitale. (*Accademia di scienze med. e natur di Ferrara*. S. du 4 mars 1909.) — **Levi** (**E.**). L'infantilismo. (*Ri. M.*, XXV, n° 17, 26 avril 1909, p. 465.)

DYSTROPHIES OSSEUSES

Legros (**G.**) et **Leri** (**A.**). Étude radiographique comparative de quelques affections dystrophiantes des os. (Maladie de Paget, syphilis osseuse, ostéomalacie, rachitisme.) (*I. S.*, XXII, n° 1, janv.-fév. 1909, p. 24.) — **Morpurgo**. Osservazioni su tagli asseriati di ossa malaciche e rachitiche. (*Reale accad di med. di Torino*. S. du 30 avril 1909.) — **Hochsinger** (**C.**). Ueber Osteopsathyrosis fœtalis. (*W. M. W.*, LIX, 14, 3 avril 1909, p. 745.)

RACHITISME. — **Schabad** (**J.-A.**). Der Kalk in der Pathologie der Rachitis. (Le calcium dans la pathologie du rachitisme.) (*B. K. W.*, XLVI, n° 18, 3 mai 1909, p. 823.) — **Gottschalk**. Multiple cartilaginäre Exostosis Rachitis und rarefizierende Ostitis. (Exostoses cartalagineuses multiples, rachitisme et ostéite raréfiante. (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen*, XIII, 3, 13 fév. 1909.)

OSTÉOMALACIE. — **Falk**. Présentation d'un cas rare d'ostéomalacie. (*Aerztlicher Verein zu Hamburg*, 23 mars 1909.) — **Cramer**. Ovarium und Osteomalacie. (*M. M. W.*, n° 15, 13 avril, p. 758.

MALADIE DE PAGET. — **Klippel et Weil** (**P.**). A propos d'un cas d'ostéite déformante. La pathogénie de la maladie osseuse de Paget. (*I. S.*, XXII, n° 1, janv.-fév. 1909, p. 1.)

EXOSTOSES. — **Potherat** (**E.**). Exostoses multiples de croissance. (*B. S. C.*, n° 8, 2 mars, p. 285.) — **Teissier** (**Pierre**) et **Bénard** (**René**). Sur un cas d'exostose ostéogénique, unique, familiale (*B. S. M. H.*, n° 9, 11 mars 1909, p. 436.)

ACHONDROPLASIE. NANISME. — **Levi** (**E.**). Nanismo acondroplasico in un individuo adulto. (*Accademia med. fis. fiorentina*. S. du 17 mars 1909.) — **Glassner**. Chondrodystrophische Zwerge. (Présentation de deux nains chondrodystrophiques.) (*K. K., Gesellschaft der Aerzte zu Wien*. S. du 15 mars 1909). — **Sainton** (**Paul**). Les nains. (*T. M.*, n° 19, 8 mai, p. 293.)

MONGOLISME. — **Schiavetto**. Contributo allo studio delle macchie mongoliche in bambini europei. (Contribution à l'étude du mongolisme chez les enfants européens.) (*La Pediatria*, n° 1, 1909. *Soc. méd. chir.*, 12 fév. 1909.)

MALFORMATIONS DES MEMBRES. — **Bohm**. Probleme der Deformitatenlehre. (*Zeitsch. f. orthopäd. Chirur.*, XXIII, f. 1-2.) — **Messner** (**Emil**). Ueber die Veränderungen des Nervensystems bei Defektmissbildungen der Gliedmassen. (Altérations du système nerveux dans les malformations des membres.) (*Journal fur Psychol. und Neurol.*, XII, 5-6, 1909, p. 239, *I. D.*, Gressen, 1909.) — **Slingenberg** (**B.**). Missbildungen von Extremitäten. (Malformations des extrémités.) (*V. A.*, CXCIII, 1.) — **Algyogyi**. Missbildungen des rechten Armes. (Malformations du bras droit.) (*K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien*. S. du 26 fév. 1909.) — **Mautner**. Angeborenen Anomalien der Vorderarmknochen. (Anomalies congénitales des os de l'avant-bras.) (*Gesellschaft Aerzte in Wien*. S. du 12 mars 1909.) — **Scharff**. Ueber Kongenitalen Fibuladefekt. (Absence congénitale du peroné.) (*Gesells. der Charité. Aerzte*, 11 fév. 1909.) — **Krebser**. Zur Kenntnis der Kongenitalen Fibuladefekte. (Malformations congénitales du péroné.) (*Zeitsch. f. orthopäd. Chirur.*, XXIII, f. 1-2.) — **Kurt von Sury**. Zur Kenntnis der congenitalen Radiusmissbildung. (Contribution à l'étude des malformations

congénitales du radius. (*K. S. A.*, XXXIX, 3, 1er fév. 1909.) — **Appert** (**E.**) et **Morisetti**. Absence congénitale bilatérale du radius et des doigts radiaux. (*I. S.*, XXI, n° 6, nov.-déc. 1908, p. 412.) — **Strother**. A case of polydactilism. (*J. A. M. A.*, LII, 6, 6 fév. 1909.) — **Chapchal**. Un cas d'oligodactylie symétrique congénitale des quatre membres. (*R. V.*, nos 3-4, 17 et 24 janv. 1909.) — **Kirmisson**. Pouces à trois phalanges. (*R. d'orthopédie*, n° 3, 1909.) — **Algyogyi** (**H.**). Ein Fall Von Brachydactylie. (*Gesells. der Aerzte in Wien*. S. du 26 fév.). — **Ehringhaus**. Eine ungewohnliche Form von Syndaktilie. (Forme anormale de syndactylie.) (*Gesells. der Charité. Aerzte*, 11 févr. 1909.) — **Thibierge** (**G**.). Une « femme homard ». Mains et pieds à deux doigts. (*I. S.*, XXI, n° 6, nov.-déc. 1908, p. 472.) — **Muskat**. Missbildungen an Füssen und Händen. (Malformations des pieds et des mains.) (*Berliner medizinische Gesellschaft*, 10 mars. *B. K. W.*, n° 13, 29 mars 1909, p. 607.) — **Lemaire** (**Jules**). Malformations congénitales, familiales, héréditaires des mains et des pieds. (*R. d'orthopédie*, n° 3, 1909.)

DYSOSTOSE CLEIDO-CRANIENNE. — **Marie** (**Pierre**). Note sur l'autopsie d'un cas de dysostose cléido-cranienne héréditaire. (*Académie de médecine*, 4 mai 1909.)

MALFORMATIONS PALATINES. — **Stimson**. Congenital insufficiency of the palate. (Insuffisance congénitale du palais.) (*J. M. S. A.*, LII, J., 13 fév. 1909.)

DYSTROPHIES MUSCULAIRES

Mouchet. Ein Fall von Diffusion des Chromatins in das Sarkoplasma. Ein Beitrag zum Studium der Muskelatrophie. (*Z. B.*, XLV, f. 1, 1909.) — **Breton** (**M.**) et **Andres**. Atrophie musculaire d'origine névritique ou myopathique. (*E. M. N.*, 28 fév. 1909, p. 99.) — **Pappenheimer**. Ueber juvenile familiäre Muskelatrophie. Zugleich ein Beitrag zur normalem histologie des Sarkolemms. (Sur l'atrophie musculaire familiale juvénile. Avec une contribution pour l'histologie normale du sarcolemme.) (*B. K. W.*, XLVI, n° 9, 1er mars 1909, p. 405.) — **Ehni**. Atrophie musculaire symétrique post-opératoire des mains. (*Soc. méd. de Genève*, 28 janv. 1909.) — **Weber**. Atrophie symétrique des muscles de la main et côtes cervicales. (*Soc. méd. de Londres*, 26 avril 1909.) — **Crocq**. Un cas d'amyotrophie du membre supérieur gauche. (*Soc. belge de neur.* S. du 30 déc. 1909.) (*J. N.* XIV, n° 6, 20 mars 1909, p. 105.) — **Bing** (**Robert**). Ueber Myopathie rachitica. (*J. K.*, LXVIII, 6.) — **Plicque** (**A.-F.**) Le traitement des amaigrissements d'origine myopathique. (*B. M.*, XXIII, 36, 8 mai, p. 430.) — **Whiting** (**A.**). A clinical lecture on the peroneal type of muscular atrophy. (*M. P.*, 27 janv. 1909, p. 78.) — V. **Moelle**.

MYOPATHIE PROGRESSIVE. — **Aubourg**. Radiographies du squelette d'un myopathique atrophique. (*Soc. de radiologie*. S. du 14 avril 1909.) — **Pierret**. Myopathie primitive progressive. (*Soc. de méd. du dép. du Nord*, 26 mars 1909.) (*E. M. N.*, XIII, n° 17, 25 avril 1909, p. 201.) — **Werdt** (**F. von**). Ein Fall von Dystrophia musculorum progressiva mit Sektionsbefund (*Frankfürt Zeitschr. f. Pathol.*, II, f. 4, 1909, p. 577.) — **Byrom Bramwell**. The progressive muscular dystrophies. (*C. S.*, 1er avril 1909, p. 197.) — **Gerardo Ansalone**. Miopatia primitiva progressiva in imbecille epilettico. (*Ma.*, XXIV, n° 2). — **Krüger**. Dystrophia muscularis progressiva pseudohypertrohica. (Présentation de préparations.) (*Naturwissenschaftl. medizin Gesells. zu Iena*, 4 fév. 1909.) — **Merle** et **Raulot-Lapointe**. Altérations osseuses au cours de la myopathie. (*Soc. de neur. de Paris*. S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 385.)

MALFORMATIONS CONGÉNITALES. — **Abromeit** (**B.**). Beitrag zur Kenntnis der Kongenitalen Muskeldefekte. (Contribution à la connaissance des anomalies congénitales des muscles.) (*M. P. N.*, XXV, 5 mai 1909, p. 440.) — **Le Fort** (**René**). Atrophie congénitale du membre inférieur droit. (*R. d'orthopédie*, n° 3, 1909.) — **Sawyer**. Congenital abscence of the sternal portion of the right pectoralis major muscle. (Absence congénitale de la portion sternale du grand pectoral droit.) (*B. J. C. D.*, VI, 61, janv. 1909.) — **Mouchet** (**A.**) et **Gy** (**A.**). Brièveté congénitale desmuscles fléchisseurs des doigts. (*B. S. P.*, fév. 1909, p. 89.)

MALFORMATIONS OCULAIRES

Becker. Mikrophthalmus et Anophthalmus congenitus. (*Gesells. für Natur. und Heilkunde zu Dresden*. S. du 23 janv. 1909.)

MALFORMATIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL

Cunningham. Report of acase of Hermaphroditism. (*Surgery. Gynecology and obstetrics.*, VIII, 2 fév. 1909.) — **Heinzmann**. Ueber einen Fall von Pseudohermaphrodismus masculinus externus. (*M. M. W.*, LVI, n° 18, 4 mai 1909, p. 918.) — **Werner** (**F.**). Ueber kongenitale Lipome und Schwanzähnliche Billdungen beim Menschen. (Lipome congénital simulant une queue.) (*V. A.*, CXCIII, 1.) — **Geissler**. Eine schwanzähnliche Bildung beim Menschen. (*W. K. R.*, n° 12, 21 mars, p. 178.)

TROUBLES TROPHIQUES ET VASO-MOTEURS

Forli (**V.**). Prognosi e terapia delle nevrosi vasomotorie e trofiche. (*P.*, XVI, f. 12, 21 mars 1909,

p. 369.) — **Savill.** A. Clinical Lecture on Tropho-neuroses and Angioneuroses of the Extremities. (*C. J.*, 17 fév. 1909, p. 289.)

MAL PERFORANT PLANTAIRE. — **Lop.** Trois cas de mal perforant plantaire traités par l'élongation nerveuse : guérison sans récidive actuelle. (*G. H.*, n° 34, 23 mars, p. 407.)

SCLÉRODERMIE. — **Brocq** et **Fernet.** Sclérodermie en plaques disséminées, sans infiltration : fait de passage vers les atrophies cutanées. (*Soc. franc. de dermatol. et de syphiligr.* 7 mai 1909.) — **Danlos** et **Lévy-Frænkel.** Un cas de dermatosclérose avec atrophie consécutive chez un enfant. (*Bull. de la Soc. franç. de dermatol*, XX., 2 fév. 1909, p. 61.)

KERATODERMIE. — **Brault** (**J.**). Keratodermies palmaires et plantaires. (*P. V. M.*, XXII, 18, 1er mai 1909, p. 189.)

ELEPHANTIASIS. — **Tischler.** Erworbene Elefantiasis. (Elephantiasis acquis.) (*M. M. W.*, n° 9, 2 mars 1909, p. 461.)

MALADIE DE REYNAUD. — **Mouisset** et **Chalier.** Sur une forme rare de maladie de Raynaud. (*Lyon. Soc. méd. des hôp.*, 26 janv. 1909.) — **Parkes Weber.** Gangrène de Raynaud. (*Soc. méd. Londres*, 8 février 1909.) — V. **Paralysie générale** : Naudacher.

ÉRYTHROMÉLIE. — **Spiethoff.** Un cas d'érythromélie. (*Naturwissenschaft., medizin. Gesellschaft zu Iena*, 4 fév. 1909.)

NÆVI. — **Achard** et **Ramond** (**L.**). Nævus congénital à topographie zoniforme. (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 489.)

LIVEDO. — **Bonnet** (**L..M.**). Livedo annularis. (*Ps. M.*, 38, 12 mai, p. 338.) V. **Tabes.**

INFECTIONS. INTOXICATIONS

INFECTIONS

Cottin et **Turretiori** (**G.**). Délire septicémique à forme de confusion mentale. (*R. M. S. R.*, 20 janv. 1909, p. 30.) V. **Névrites périphériques** : Kerchensteiner.

TÉTANOS. — **Vaillard** (**L.**). A propos du tétanos. (*G. H.*, n° 53, 8 mai 1909, p. 672.) — **Babonneix** (**L.**). et **Harvier** (**P.**). Note sur les modifications histologiques des parathyroïdes dans le tétanos. (*C. R. S. B.*, LXVI, 13, 9 avril 1909, p. 584.) — **Delabrousse.** Tétanos à forme lente. (*Nm. M.*, XXV, 4, 15 fév. 1909.) — **Arquellada.** Un cas de tétanos chez le nouveau-né. (*Académie méd. chirur. espagnole*, 11 janv. 1909.) — **Carpenter.** Two Cases of Tetanus neonatorum. (*B. J. C. D.*, janv. 1909, p. 15.) — **Richardson.** Tetanus occurring after surgical operations. (Tétanos survenant après opérations chirurgicales.) (*B. M. J.*, 17 avril 1909, p. 948.) — **Manuell.** La afirmacion de la transmission del tetanos por la vaccina animal carece de fundamento scientifico. (L'affirmation de la transmission du tétanos par le vaccin animal manque de base scientifique.) (*G. M. M.*, III, n° 10 et 11, 31 oct. et 30 nov. 1908.) — **Debré** (**R.**). Tétanos aigu chez une enfant de huit ans traité par une injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie. Mort rapide après une accalmie de trente heures. (*P. P.*, 1er avril 1909.) — **Schneider.** Beitrag zur Serumtherapie des Tetanus. (*I. D.*, Giessen, mars-avril 1909.) — **Wagner.** Die Fortschritte in der Serumbehandlung des Tetanus. Les progrès dans le traitement du tétanos par le sérum. (*Fischer*, Berlin, 1909.) — **Vallet.** De la sérothérapie curative antitétanique. Voie sous-arachnoïdienne. (*Th. de Paris*, mars 1909.) — **Guillain** (**G.**). Sur un cas de tétanos mortel traité par l'injection de sérum antitétanique dans les troncs nerveux. (*B. S. M. H.*, n° 10, 18 mars 1909, p. 465.) — **Lenormant** (**Ch.**). et **Josset-Moure.** Tétanos mortel malgré le traitement sérothérapique et les injections de sulfate de magnésie. (*B. S. M. H.*, n° 9, 11 mars, p. 431.) — **Popesco** (**Al.**). et **Protopesco** (**J.**). Un cas de tétanos guéri par le sulfate de magnésie en injections intra-rachidiennes. (*B. S M. H.*, XXVI, 15, 6 mai, p. 774.) — **Loewenstein.** Ueber aktive Schutzimpfung bei Tetanus durch Toxoide. (Sur la vaccination préventive active contre le tétanos par la toxoïde.) (*Zeitschr. f. Hygiene*, LXII, f. 3, 1909, p. 491.) — **Courmont** (**J.**) et **Nogier** (**Ch.**). Les radiations ultra-violettes et la toxine tétanique. (*Académie des sciences*, 8 mars 1909.)

RAGE. — **Marinesco** (**G.**). Sur les lésions des ganglions nerveux et particulièrement des capsules surrénales dans la rage. (*C. R. S. B.*, LXVI, 14, 30 avril, p. 646.) — **Pergola.** Considerazioni e ricerche in un caso di rabbia umana. (*Regia Academia dei Fisiocritici in Siena.* S. du 28 fév. 1909.) — **P. Remlinger.** L'inoculation sous-cutanée de substance nerveuse peut-elle conférer au sérum sanguin des propriétés antirabiques. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 9, 12 mars, p. 374.) — **Cantù.** Sulla diagnosi della rabbia. (*Regia Academia dei Fisiocritici in Siena.* S. du 28 fév. 1909.) — **Delaunay.** Fréquence des erreurs de diagnostic dans les cas de rage humaine. (*G. S. M. B.*, 10 janv. 1909.)

DIPHTÉRIE. — **Comby** (**J.**). Deux cas de paralysie diphtérique terminés par la mort. (*B. S. M. H.*, XXVI, 11, 13 mai 1909, p. 828.) — **H. Méry, Weill-Hallé** et **Parturier.** Sérothérapie intensive dans le traitement des angines graves et des paralysies diphtériques. (*Ibid.*, p. 805.)

— **Roemheld** (**L.**). Zur klinik postdiphtheritischer Pseudotabes (Liquorbefunde bei postdiphtheritischer Lähmung.) (Pseudo-tabes postdiphtérique. État du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie diphtérique. (*D. M. W.*, nº 15, 15 avril 1909, p. 669.)

SCARLATINE. — **Terrien** (**F.**). Des paralysies oculaires au cours de la scarlatine. (*B. S. P.* fév. 1909, p. 90.) — **Gouget** (**A.**) et **Pélissier** (**A.**). L'hémiplégie dans la scarlatine. (*B. S. M. H.*, XXVI, 16, 13 mai 1909, p. 842.)

FIÈVRE TYPHOÏDE. **Lasarew** (**W.**). Erkrankung des N. Ulnaris nach Typhus abdominalis. (*M. P. N.*, XXV, f. 4, avril 1909, p. 327.) — **Clothier.** Neuroretinitis due to typhoid fever. Report of a case. (Neurorétinite due à la fièvre typhoïde. Rapport d'un cas.) (*N. Y. M. J.*, 10 avril 1909, p. 748.) — V. **Paralysie laryngée** : Pallasse.

INFLUENZA. GRIPPE. — **Rougé** (**C.**). Psychoses grippales et psychoses catarrhales. (*A. M. P.*, nº 2, 1909, p. 194.) — **Maklakow** (**A.**). Névrite optique avec développement d'une figure étoilée dans la région maculaire à la suite de l'influenza. (*K. M.*, *A.* CLVII, fév. 1909, p. 165.) V. **Méningites.**

PNEUMONIE. — V. **Aphasie** : Port. **Méningites.**

RHUMATISME AIGU. — **Hoppe.** Le rhumatisme cérébral. (*Lancet Clinic.*, 27 fév. 1909.) — **Prothon.** Rhumatisme cérébral rapidement mortel chez un enfant de quatorze ans. (*Société médico-chir. de la Drôme. Pv. M.*, nº 12, 20 mars 1909, p. 133.)

ZONA. — **Lacapère** et **Fernet** (**P.**). Zona avec vésicules aberrantes généralisées. (*Bull. de la Soc. franç. de dermatologie*, XX, 2, fév. 1909, p. 41.) — **Duclos.** Les traitements électriques du zona. Leur pathogénie. Leurs résultats. (*Thèse de Paris.*)

TUBERCULOSE. — **Gougerot.** Encéphalite aiguë bacillaire non folliculaire infiltrée dégénérative et nécrosante. (*E.*, IV, nº 3, 10 mars 1909, p. 236.) — **Laffite.** De l'érythème nerveux dans ses rapports avec la tuberculose viscérale. (*Thèse de Toulouse*, 13 mai 1909.) — **Witold Luniewski.** Ueber die Ermudbarkeit und Reizbarkeit der Tuberkulosen. (Sur la fatigabilité et l'irritabilité des tuberculeux.) (*Journal für Psychol. und Neurol.*, XII, 5-6, 1909, p. 189.) — V. **Méningites, tuberculose vertébrale.**

LÈPRE. — **Milian** (**G.**). Pseudo-pelade et lèpre autochtone. (*B. S. M. H.*, XXVI, 14, 29 avril, p. 743.) — **Slatineanu** et **Danielopolu** (**D.**). Présence de fixateur dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de lèpre. (*Centralbl. f. Bakter.*, XLIX, 2.) — **Idem.** Réaction de fixation avec le sérum et le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de lèpre, en présence de l'antigène syphilitique. (*Ibid.*)

SYPHILIS. — **Nonne** (**Max**) Syphilis und Nervensystem. (*Karger*, Berlin, 1909.) — **Mott** (**F.-W.**). The Morison lectures on the pathology of syphilis of the nervous system in the light of modern research. (*B. M. J.*, 20 fév. 1909, p. 454.) — **Stoll** (**O.**). Zur pathologischen Anatomie der Lues spinalis. (Anatomie pathologique de la syphilis spinale.) (*Journ. für Psychol. und Neurol.*, XII, 4-6, p. 141 et 213.) — **Jones** (**E.**). The cerebro-spinal fluid in relation to the diagnosis of metasyphilis of the nervous system. (*Bull. of. the Ontario hosp. for the Insane*, II, nº 3, mars 1909.) — **Williamson** (**G.-S.**). The cerebro-spinal fluid in general paralysis and the nervous lues. (*L.*, 10 avril 1909, p. 1047.) — **Gaucher** (**G.**) et **Merle** (**P.**). Le « treponema pallidum » dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise des centres nerveux. (*Académie des sciences*, 29 mars 1909.) — **Peritz** (**G.**). Ueber das Verhältnis von Lues, Tabes und Paralyse zum Lecithin. (*Z. E. P.*, V, f. 3, 1909, p. 607.) (*B. K. W.*, XLVI, nº 9, 1er mars 1909, p. 406.) — **Leo Baron.** Der Eiweissgehalt und die Lymphocytose des liquor cerebro-spinalis bei säuglingen mit Lues congenita. (Teneur en albumine et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien chez les nourrissons atteints de syphilis congénitale.) (*B. K. W.*, XLVI, nº 9, 1er mars 1909, p. 410.) — **Eichelberg.** Die Serumreaktion auf Lues, mit besonderer Berücksichtigung ihrer praktischen Verwertbarkeit für die Diagnostik der Nervenkrankheiten. (*D. Z. N.*, XXXVI, f. 3-4, 1909, 319.) — **Jarkowski** (**J.**) et **Rajchman** (**L.**). Quelques remarques sur la réaction de Wassermann dans le tabes et la paralysie générale. (*C. R. S. B.*, LXVI, 14, 30 avril, p. 628.) — **Marinesco.** Sur le diagnostic de la paralysie générale et du tabes par les nouvelles méthodes. (*Ibid.*, p. 648.) — **Mauriac** (**Pierre**). La réaction de Wassermann. (Statistique.) (*Ibid.*, p. 666.) — **Thomsen** et **Boas.** La réaction de Wassermann dans la syphilis congénitale. (*H.*, 20 janvier 1909.) — **Fox** (**H.**). Principes et méthodes de la réaction de Wassermann et ses modifications. (*M. R.*, 13 mars 1909.) — **Best.** Serumreaktion bei luetischen Augennerkrankungen. (Réaction du sérum dans les affections des nerfs oculaires d'origine syphilitique.) (*Gesells. für Natur. und Heilkunde zu Dresden.* S. du 23 janv. 1909.) — **Plaut.** Die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. (*Fischer*, Iéna, 1909.) — **Engelen.** Verschiedene klinische Erscheinungsformen von Lues des Zerebrospinalsystems. (Aspects cliniques divers de la syphilis du système nerveux central.) (*D. M. W.*, nº 16, 1909.) — **Collins** (**J.**) et **Taylor** (**C.**). Acute syphilitic disease of the spinal cord. (*A. J. M. S.*, nº 443, fév. 1909, p. 216.) — **Lesieur, Froment** et **Garin.** Sur un nouveau cas de syphilis du névraxe réalisant la transition

entre les myélites syphilitiques, le tabes et la paralysie générale. (Syndrome Guillain-Thaon.) (*B. S. M. H.*, n° 8, 4 mars 1909, p. 372. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 2 fév. *L. M.*, n° 9, p. 455.) — **Renault**. Siphylis cerebro-medullaire, de forme dite syndrome de Guillain-Thaon. (*Soc. de derm. et de siphyl.*, 19 mars 1909.) — **Lambert**. La paralysie du nerf spinal dans la syphilis. (*Thèse de Paris*, mars 1909.) — **Savy (P.)**. L'hémiplégie par artérite cérébrale chez les hérédosyphilitiques. (*Re. M.*, XXIX, n° 3, 10 mars 1909, p. 191.) — **De Lapersonne**. Syphilis héréditaire et ophtalmoplégie interne. (*Soc de neur. de Paris*. S. du 4 mars 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 6, 30 mars 1909, p. 363.) — **Page (Maurice)**. Un cas de syphilis héréditaire tardive. (*T. M.*, n° 18, 1er mai, p. 277.) — **Angelo (P.)**. I disturbi psichici nella sifilide cerebrale. (Troubles psychiques dans la syphilis cérébrale.) (*P. Sez. prat.*, XVI, f. 17, 25 avril 1909, p. 521.) — **Hess**. Lues cerebri (?) (*Aerztlicher Verein in Hamburg.*, 9 fév. 1909.) — V. **Labyrinthe** : Reinking. **Névrite optique** : Maklalow. **Epilepsie** : Renault et Guenot. **Moteur oculaire commun, facial, méningites, tabes, paralysie générale.**

ANÉMIE PERNICIEUSE. — **Siemerling**. Rückenmarkserkrankung und Psychose bei perniciöser Anämie. (Affection de la moelle et psychose dans l'anémie pernicieuse.) (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909, p. 567.) — **Bouché (G.)**. Un cas de sclérose combinée subaiguë associée à l'anémie pernicieuse. (*F. N.*, XIV, n° 5, 5 mars 1909, p. 81.) — **Morichau-Beauchant** et **Meslin**. Anémie pernicieuse, mort rapide après une injection de sérum antidiphtérique. (*Pg.M.*, n° 22, 29 mai 1909, p. 281.)

MALADIES PARASITAIRES ET EXOTIQUES

TRYPANOSOMIAE, MALADIES DU SOMMEIL. — **Martin (L.)** et **Darré**. Forme cérébrale de la maladie du sommeil. (*B. S. M. H.*, n° 12, 1er avril 1909, p. 599.) — **Kudicka**. Ueber die Uebertragbarkeit der Trypanosomiasis durch den Geschlechtakt. (Contagiosité de la trypanosomiase par le coït.) (*Deutscher tropenmediz. Verein*. Berlin, VI, 7 avril 1909.) — **Gonzien (P)**. Prophylaxie de la maladie du sommeil. (*A. T. H.*, janv. 1909, p. 1.) — **Martin** et **Lebeuf**. De l'absence fréquente du tryp. gambiense dans le sang et les ganglions des malades de sommeil à la troisième période. (*Soc. de pathologie exotique*, 10 mars 1909.) — **Oskar Adler**. Therapie der Trypanosomiasis. (*Verein deutscher Aerzte in Prag.*, 5 mars 1909.) — **Mesnil (F.)** et **Brimont (E.)**. Sur les propriétés protectrices des sérums des animaux trypanosomiés. (*A. I. P.*, XXIII, 2, 25 fév., p. 129.) — **Levaditi**. A propos du mécanisme d'action de l'atoxyl dans les trypanosomiases. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 12, 2 avril 1909, p. 492.) — **Thiroux (A.)** et **Teppaz (L.)**. Traitement des trypanosomiases chez les chevaux par l'orpiment seul ou associé à l'atoxyl. (*A. I. P.*, XXIII, 3, 25 mars 1909, p. 240.) — **Thiroux** et **d'Anfreville**. De l'emploi du cercopithécus ruber ou patas comme animal témoin dans la maladie du sommeil. (*Soc. de pathologie exotique*, 10 mars 1909.) — **Montier**. Maladie du sommeil et trypanosomes. (*A. M. An.*, nos 1 et 2, 1909, p. 1.) — **Broden** et **Rodhain**. Dissociation des trypanosoma congolense et cazalbris par l'émétique. (*Soc. de pathologie exotique*, 10 mars 1909.) — **Schilling (Ch.)**. Chemotherapeutische Versuche bei Trypanosomeninfektion. (*A. S. T.*, XII, 1, 1909.)

ANKYLOSTOMIASE. — **A. Signorelli**. Di taluni accidenti e sindromi nervose complicanti l'anchilostomiasi. (*P. Sez. prat.*, XVI, f. 18, 2 mai 1909, p. 549.)

ÉCHINOCOCCOSE. — **Parvu (M.)** et **Laubry (Ch.)**. Recherches parallèles des anticorps spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien et le sérum des malades atteints d'échinococcose. (*C. R. S. B.*, LXVI, 11, 26 mars, p. 467.)

PALUDISME. V. MÉDITERRANÉENNE. — **Lafforgue**. Lymphocytose rachidienne au cours d'une paralysie palustre transitoire. (*Pr.*, *M.*, XXII, 19, 8 mai 1909, p. 201.) — **Valentino Colombo**. Sulle fini alterazioni dei nervi periferici nella febbre mediterranea. (*R. P. N.*, XIV, f. 4, avril 1909, p. 150.) — **Vitello Giuseppe**. Della sindroma meningitica nella perniciosa malarica. (*P.*, XVI, 3 janv. 1909, p. 78.)

DOURINE. — **Motas**. La dourine en Russie. (*Soc. de pathol. exotique*. S. du 14 avril 1909.)

BERIBERI. — **Mouro (E.-K.)**. (Cas de beriberi accompagné d'une éruption érythémateuse.) (*L.*, n° 4460, 20 fév. 1909.) — **Schaumann**. Weitere Beiträge zur Aetiologie der Beriberi. (*Deutscher tropemediz, Gesellschaft*. Berlin, 6, 7 avril 1909.) — **Van Andel (P.)**. Ueber beriberi. (*B. K. W.*, XLVI, n° 9, 1er mars 1909, p. 408.)

PELLAGRE. — **Sala (G.)**. Eterotopia midollare in soggetto pellagroso. (*Soc. med. chir. di Pavia.*) (*P. Sez. prat.*, XVI, f. 14, 4 avril 1909, p. 437.)

INTOXICATIONS

V. **Tremblements** : Raymond.

MERCURE. — **Balzer (F.)** et **Sevestre**. Dermatite herpétiforme de Dühring consécutive à une intoxication mercurielle et s'accompagnant de symblépharon et de cécité. (*Bull. de la Soc. de dermatologie*, XX, 2 fév. 1909, p. 51.)

PLOMB. — **Vigouroux**. Méningo-encéphalite saturnine. (*Soc. anatomique*, 2 avril 1909.) —

Artloff (H.). Zur Pathogenese der Bleilähmung, mit besonderer Berücksichtigung der einseitigen Form und der Tenosynitis hypertrophica. (Pathogénie de la paralysie saturnine avec considération particulière sur les formes unilatérales et la ténosite hypertrophique. (*I. D.*, Iena, avril 1909.) — **Bauer** et **Gy**. Crise gastrique saturnine. (*Pg.*, *M.*, n° 8, 20 fév. 1908, p. 102. — **Achard** et **Ramond**. Troubles trophiques des ongles chez un saturnin. (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1909. *R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 491. — **Carles** (J.). Les abcès de fixation dans le saturnisme. (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*. S. du 5 mars. *B. G. T.*, 8 fév., p. 161. — **Carnot**. L'abcès de fixation dans les accidents graves du saturnisme. (*Pg.*, *M.*, n° 12, 20 mars, p. 159.)

ARSENIC. ATOXYL. ARSACÉTINE. — **Byrnes** (C.-M.). Ataxic arsenical neuritis with loss of osseous sensibility. (Névrite ataxique arsenicale avec perte de la sensibilité osseuse.) (*J. A. M. A.*, III, n° 12.) — **Schlecht**. Ueber einen tödlich verlaufenen Fall von Atoxylvergiftung. (*M. M. W.*, LVI, n° 19, 11 mai 1909, p. 972.) — **Ruete**. Ein Fall von Schnervenkrankung nach Arsazetininjecktionen. (Un cas de troubles optiques par injections d'arsacétine. (*M. M. W.*, n° 14, 6 avril 1909, p. 718.)

IODE. V. **Mal. de Basedow** : Cerioli.

ALCOOL. — **Francisco** (P.). et **Lavalle**.— El alcoholismo. (*A. P. C.*, VIII, janv.-fév. 1909, p. 75.) — **Lawson** (G.). A study of alcoholism. (*N. Y. M. J.*, 6 mars 1909, p. 480.) — **Aubertin** (Ch.) et **Lhermitte** (J.). Experimentelle Alkolohlähmung durch chronische Poliomyelitis anterior. (*C. I. M.*, n° 11, 1909.) — **Aubertin** (Ch.) et **Lhermitte** (J.). Paralysie alcoolique expérimentale par poliomyélite antérieure chronique. (*T. M.*, n° 3, 16 janv. 1909.) — **Bordet** (E.). Remarques sur les paralysies alcooliques par poliomyélite antérieure chronique. (*T. M.*, n° 5, 30 janv. 1909.) **Zuber** et **Cany**. Alcoolisme aigu accidentel chez un enfant de vingt-deux mois (ingestion de 21 centimètres cubes de kirsch. (*Clinique infantile*, 1er avril 1909, p. 201.) — **Keniston** (J.-M.). Alcoholic psychoses in hospitals for the insane. (*A. J. I.*, LXV, n° 3, janv. 1909, p. 525.) — **Vigouroux**. Les idées de jalousie dans l'alcoolisme. (*C.*, IV, n° 22, 28 mai 1909, p. 339.) — **Chotzen**. Komplizierte akute und chronische Alkoholhalluzinosen. (Hallucinations alcooliques compliquées aiguës et chroniques.) (*A. Z. P.*, LXVI, f. 1, 1909, p. 42.) — **Liliensten**. Die Behandlung der Alkoholkranken ausserhalb der Irrenanstalten. (Traitement des alcooliques en dehors des établissements d'aliénés.) (*F. M.*, f. 4, 5, 1909, p. 150.) — **Sizaret**. Alcoolisme et folie. (*Rn., M.*, mars 1909.) — **Weber** (L.-W.). Die Behandlung der Trunksucht. (Traitement de la dipsomanie.) (*D. M. W.*, n° 7, 18 février 1909, p. 281.)

MORPHINE. — **Demetrescu** (E.). Morfinomania la intelectuali. (*S.*, XXIX, n° 6, 15 mars 1909, p. 122.)

TABAC. — **Gy**. Le Tabagisme. (Étude expérimentale et clinique. (*Th. de Paris*, 29 avril 1909.) — **Simonini**. Sulle cause della morbilità e mortalità nei lattanti delle lavoratrici del tabacco. Richerche cliniche sperimentali. (*Soc. med. chir. di Modena*. S. du 12 fév. 1909.) — **Petit** (G.). Le tabagisme et son traitement par la suggestion hypnotique. (*R. H.*, XXIII, n° 9, mars 1909, p. 267.)

HACHICH. — **Meunier**. Le Hachich. Essai sur la psychologie des paradis éphémères. (*Bloud et Cie*.)

ACIDE SALICYLIQUE. — **Seitz** (J.). Hörtäuschungen durch Salizylsäure. (Hallucinations auditives par les salicylates.) (*K. S. A.*, XXXIX, n° 6.)

INTOXICATIONS ENDOGÈNES

URÉMIE. — **Mollard** (J.) et **Froment** (J.). Urée dans le liquide céphalorachidien et urémie nerveuse. (*J. P. P.*, XI, 2, 15 mars, p. 263. — **Garrod**. Urœmia or meningitis. (*L.*, 20 mars 1909, p. 835.) — **Mestrezat** (W.) et **Anglada** (J.). Réaction méningée dans un cas d'urémie convulsive et comateuse. (*C. R. S. B.*, LXVI, 14, 30 avril, p. 638.

COMA DIABÉTIQUE. — **Ezio Calcaterra**. Coma post-apoplettico con glicosuria ed acetonuria. (*Ligura medica*, 15 mars 1909.)

CIRRHOSES HÉPATIQUES. — **Debove** et **Trémolières** (F.). Apoplexies laryngées au cours des cirrhoses hépatiques. (*B. S. M. H.*, XXVI, n° 14, 29 avril 1909, p. 731.).

GOUTTE. — **His**. Gicht und Rheumatismus. (*Verein für innere Medizin zu Berlin*, 1er mars 1909.)

PSYCHIATRIE

GÉNÉRALITÉS

Marchand. Manuel de médecine mentale. (*O. Doin*, Paris.) — **Schwalbe**. Lehrbuch der Geistenkrankheiten. (*F. Enke, Stuttgart*, 1909.) — **Ballet** (G.). Leçon d'inauguration (*B. M.*, 13 mars 1909; *J. M. I.*, 10 mars 1909.) — **Kronthal** (P.). Psychiatrie und Nervenkrankheiten. (*A. P. N.*, XLIV, f. 1.) — **Birnbaum**. Uber psychopatische Persönlichkeiten. (*Bergmam*, Wiesbaden,

1909.) — **Siemerling.** Ueber nervöse und psychische Störungen der Jugend. (*Hirschwald*, Berlin, 1909.) — **Bresler (J.).** Internationales Institut zur Erforschung und Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten. (Institut international pour la recherche et le combat des causes des maladies mentales. (*P. N. W.*, n° 51, 13 mars 1909, p. 437.) — **Rossi (E.).** I metodi in psicologia e loro significato in psico-patologia ed in psichiatria. (*A. F.*, XVIII, f. 4, déc. 1908, p. 311.) — **Yerkes (R.)** and **Berry (Ch.).** The association, reaction, method of mental diagnosis. (*A. J. Ps.*, XX, n° 1, janv. 1908, p. 22.) — **Zilocchi (Al.).** Alcune applicazioni del Metodo clinico in psichiatria. (*M.*, LI, 1re partie, n° 3, mars 1909, p. 105.) — **Laignel-Lavastine** et **Rosanoff (H.).** Valeur pratique de la glycosurie alimentaire dans le pronostic des délires. (*Soc. de psychiatrie.* S. du 18 fév. 1909.) (*E.*, IV, n° 4, 10 avril 1909, p. 316.) — **Ewall (W.).** Erwiderung auf den Artikel Bornsteins. « Unterssuchungen über die Atmung Geisteskranker. » (Réponse à l'article de Bornstein.) (Recherches sur la respiration des psychopathes.) (*M. P. N.*, XXV, f. 3, mars 1909, p. 284.) — **Bornstein (A.).** Erwiderung an Herrn W. Ewald. (Recherches sur la respiration dans les maladies mentales.) (*M. P. N.*, XXV, f. 3, mars 1909, p. 286.) — **Frenkel (H.).** Ueber Untersuchung des respiratorischen Stoffwechsels bei Psychosen. (Recherches sur les échanges respiratoires dans les psychoses.) (*Psychiatrischer Verein zu Berlin.* S. du 13 mars 1909.) — **Jakob (Cristofredo).** La Leptomeninges en las enfermedades mentales. (*A. P. C.*, VIII, janv.-fév. 1909, p. 30.) — **Elmiger.** Neurogliabefunde in Gehirnen von Geisteskranken. (État de la névroglie dans les cerveaux des psychopathes. (*P. N. W.*, XI, n° 1, 27 mars 1909, p. 7.) — **Sioli.** Das Verhalten der Glia bei akuten Psychosen. (*Gesells. Jahresversam. des Deutsch Vereins f. Psych. in Colnu. Bonn.*, 23-24 avril 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 546.) — **Laignel-Lavastine.** Anatomie pathologique du sympathique et des viscères dans les affections mentales. (*Ar. N.*, mars 1909.) — **Tirelli (V.).** Esamini macroscopici ed istologici su ossa die alienati. (*A. F.*, XVIII, f. 4, déc. 1908, p. 355.) — **Claparède (E.).** Die biologische Interpretation in der Psychopathologie. (L'interprétation biologique en psychopathologie.) (*1 Versammlung der Schweiz. neurolog. Gesells. in Bern*, 13 mars 1909. *N. C.*, n° 9, p. 500.) — **Homburger.** Geistige Störung und körperliches Kranksein. (Troubles mentaux et état morbide du corps.) (*Naturhistorisch, Medizinischer Verein zu Heidelberg*, 25 janv. 1909.) **Francisco y Ferrer (D.).** Influencia de las infermedades somaticos en la fenomenologia mental. (*R. F. E.*, VII, n° 73, janv. 1909, p. 1.) — **Jenkins.** (Methodical occlusion of the eyes in the study of their etiological significance in diseases of nervous system. (*N. Y. M. J.*, 30 janv. 1909, p. 224.) — **Denais.** Folie, dégénérescence, dépopulation. (*Th. de Paris*, 27 mai 1909.) **Marie (A.)** et **Martial (R.).** — Travail et folie. (*Bloud et Cie*. Paris, 1900.) — **Laehr-Zehlendorf.** Die Nervosität der heutigen Arbeiterschaft. (*A. Z. P.*, LXVI, f. 1, 1909.) — **Marie (A.-A.).** La psychologie morbide collective. (*Masson et Cie*, Paris, 1909.) — **Provenzal.** Il terremoto di Messina. (*R. P. A.*, V, n° 2, mars-avril 1909, p. 107.) — **Parmeggiani.** A proposito del terremoto di Messina. (*R. P. A.*, V, n° 2, mars-avril 1909, p. 117.) — **Ferrari.** La Psicologia degli scampati al terremoto di Messina. (*R. P. A.*, V. n° 2, mars-avril 1909, p. 89.) — **Mondio.** La psicopatie nella città e provincia di Messina. Studio etiologico, clinico ed antropologico. (*Ma.*, XXIV, n° 3, p. 381.) — **Néri.** Troubles nerveux observés chez des survivants de la catastrophe de Messine. (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1909. *R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 505.) — **Lener (F.).** Le malattie mentali e le correnti migratorie nell' Italia Meridionale (*suite.*) (*Ma.*, XXIV, n° 3, p. 365.) — **Warren Ferris (A.).** Italian immigration and insanity. (*A. J. I.*, LXI n° 4, avril 1909, p. 717.) — **Majer (H.).** Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. (*I. D.*, Tübingen, mars 1909.) — **Sulzer (K.).** Beitrag zur Lehre vom moralischen Irresein. (Contribution à l'étude de la folie morale.) (*I. D.*, Tübingen, mars 1909.) — **Forel (A.).** Hygiene der Nerven und des Geistes. (*Moritz. Stuttgart.*) — **Taylor (J.).** Some points in the treatment of nervous diseases. (*L.*, 27 mars 1909, p. 905.) — **Fennell (C.-H.).** On some considerations involved in the treatment of mental disease. (*Practitioner*, avril 1909, p. 497.) — **Hollander.** Durch Operation geheilte Psychosen. (*Gesells. Jahresversam. des Deutsch. Vereins f. Psych. in Cöln u. Bonn.*, 23-24 avril 1909. *Nc.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 543.) — **Meige (H.).** — Les fous dans l'art. (*I. S.*, XXII, n° 1 janv.-fév. 1909, p. 97.) — **Sichel (M.).** Psychiatrisches aus der Literatur und Geschichte des jüdischen Volkes. (*N. C.*, n° 5, mars 1909, p. 237. — **Lafont.** La médecine mentale dans les œuvres de Georges Courteline. (*Th. de Paris*, 26 mai 1909.) — **Del Greco.** Per una methodologia delle Scienze Mediche fondata sulla storia di queste (*Ma.* XXIV, n° 3, p. 355.) — **Grimaldi.** Il Museo Ciaramella. Relazione di perizia psichiatrica sullo stato di mente di A. Ciaramella imputato di truffe e falso. (*Suite et fin.*) (*Ma.*, XXIV, n° 3, p. 313.) — V. **Séméiologie générale.**

PSYCHONÉVROSES

Bernheim. Conception pathogénique des états dits neurasthéniques, psychasténiques, psychoneurasthéniques liés à une dyscrasie toxique souvent constitutionnelle et native. (*Re. M.*, XXIX, n° 4, 10 avril 1909, p. 257.) — **Fleiner.** Verdauungsstörungen und Psychoneurosen. (Troubles de la digestion et psychonévroses.) (*M. M. W.*, LVI, n° 10, 9 mars 1909, p. 489.) — **Famenne (P.)**

Prédisposition et disposition actuelle dans la pathogénie et la thérapeutique des psychonévroses. (*J. N.*, XIV, n° 7, 5 avril 1909, p. 131.) — **Agosti** (**F.**). Gli eritrociti con sostanza cromatofila (corpo a di Cesaris-Demel) in alcune forme di nevrosi. (Erythrocytes avec substance chromathophile (corps de Cesari-Demel) dans quelques formes de névroses.) (*Soc. med. de Parme*. S. du 26 mars 1909.) — **Freud**. Sammelung Kleiner Schriften zur Neurosenlehre. 2 Folge. *Deuticke*, Wien, 1909.) — **Stulz**. Nervös moderne Gesichtspunkte für die Behandlung der sogenannten Nervosität. (*Walther*, Berlin, 1909.)

NEURASTHÉNIE. — **Royet**. La neurasthénie dans ses rapports étiologiques avec les rhinopharyngites chroniques. (*A. I. L.*, XXVII, n° 1, 1907.) — **Seif**. Bemerkungen zur Diagnose Neurasthenie. (*Aerztlicher Verein München*, S. du 17 fév. 1909.) — **Godlewski**. La neurasthénie vraie : pathogénie et traitement. (*Soc. de méd. de Paris*, 27 mars 1909.) — **Deschamps** (**Albert**). La question des choses dans les états neurasthéniques. (*B. G. T.*, CLVII, 14, 15 avril, p. 513.) — **Fürstenberg**. Die hydriatische Behandlung der Neurasthenie. (*30 Versammlung der Balneog. Gesells.*, 4-9 mars 1909.) — **Branth**. Treatment of Neurasthenia by Static Electricity. (*N. Y. M. J.*, 16 janv. 1909, p. 114.)

PSYCHASTHÉNIE. — **Hesnard**. Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique. Étude de la psychologie clinique. (*F. Alcan*, Paris.)

HYSTÉRIE. — **Sollier**. Le soi-disant démembrement de l'hystérie. (*J. N.*, XIV, n° 9, 5 mai 1909, p. 161. — **Levi** (**E.**). Quelques nouveaux faits relatifs à un cas d'hystérie avec forte exagération des réflexes tendineux. Réponse aux critiques de M. Babinski. (*E.*, IV, n° 5, 10 mai 1909, p. 473.) — **Société belge de neurologie**. Discusion de la question de l'hystérie. (S. du 13 fév. 1909.) (*J. N.*, XIV, n° 6, 20 mars 1909, p. 112.) — **Tramonti** (**E.**). L'isteria secondo gli studi più recenti. (*P.*, XVI, f. 11, 14 mars 1909, p. 325.) — **Williams** (**T.-A.**). Trend of the clinician's concept of hysteria. (Évolution du concept clinique de l'hystérie.) (*B. M. S. J.*, 25 mars 1909, p. 364.) — **Schnyder** (**L.**). Betrachtungen über die Natur der Hystérie. (Considérations sur la nature de l'hystérie.) (*I Versammlung der Schweiz. neurolog. Gessells. in Bern.*, 14 mars 1909. *N. C.*, n° 9, p. 511.) — **Schnyder**. Considérations sur la nature de l'hystérie. (*Soc. suisse de neur.*, 14 mars 1909. *R. M. S. R.*, XXIX, n° 4, 20 avril 1909.) — **Savill** (**T.**). The psychology and psychogenesis of histeria and the rôle of the sympathetic system. (Psychologie et psychogenèse de l'hystérie; rôle du système sympathique.) (*L.*, 13 fév. 1909, p. 443.) — **Sadger** (**J.**). Ein Fall von Pseudoepilepsia hysterica psychoanalitisch erklärt. (Cas de pseudo-épilepsie hystérique reconnu par la psycho-analyse.) (*W. K. R.* XXII., n°s 14, 15, 16, 17, avril 1909, p. 212, 226, 242, 259.) — **Hertz**. An address on hysteria. (*Med. Mag.*, fév. 1909, p. 106.) — **Duhem**. Notes sur l'hystérie. (*Medecin praticien*, 30 mars 1909.) — **Pelnar** (**J.**). Trügerische Hysteriesymptome. (Symptômes trompeurs d'hystérie.) (*W. M. W.*, LIX, n°s 15, 16, 17, avril 1909, p. 808, 874, 928.) — **Doblin**. Aufmerksamkeitsstörungen bei Hysterie. (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909, p. 464.) — **Juarros** (**C.**) De la falta personalidad clinica de las psicosis histéricas. (*R. F. E.*, VII, n° 73. janv. 1909, p. 12.) — **Bello** (**Nicolas-D.**). Fiebre Histérica con hemianopsia pasajera. (*A. P. C.*, VIII, janv.-fév., 1909, p. 66.) — **Roux** (**J.-Ch.**). Les gastropathies hystériques en général. (*I. Pr.*, n° 9, 27 févr. 1909, p. 133.) — **Poncarico**. L'hémathémèse hystérique. (*G. O. C.*, 25 fév. 1909) — **Del Ducas** (**G.**). Ulceri gastriche di origine isterica. (*P. Sez. prat.*, XVI, f. 15, 11 avril 1909, p. 464.) — **Calligaris** (**G.**). La Polarizzazione dell' anestesia isterica. (*Ri. M.*, XXV, n° 10, 8 mars 1909, p. 264. — **Bousquet** (**L.**) et **Anglada** (**J.**). Contracture hystérique généralisée. (*G. H.*, n° 29, 11 mars 1909, p. 347.) — **Klippel** et **Weil** (**P.**). Un cas de rétraction du testicule associé à la contracture hystérique du membre inférieur. (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1909. *R. N.*, XVII, n° 8, 30 avril 1909, p. 507.) — **Farez** (**P.**). Un cas de sommeil hystérique avec personnalité subconsciente. (*R. H.*, XXIII, n° 10, avril 1909, p. 308.) — **Windscheid**. Rentenkampfhisterie als Unfallfolge abgelehnt. (*M. K.*, 1909, n° 1.) — **Seifert**. Beitrag zur Behandlung der hysterichen Aphonie. (*Zeitschr. fr. Laryngol. u. Rhinol*, I, f. 6, 1909, p. 759.) — **Chavigny**. Deux cas d'hystérie mâle. (*Soc. de méd. militaire française*, 1er avril 1909.) — **Mandoul**. A propos d'un cas d'hystérie mystique chez un canonnier du 11e d'artillerie, observé à l'hôpital de Versailles. (*A. M. An.*, XIII, n° 4, 20 mai 1909, p. 164.) — **Meige** (**Henry**). L'hystérie dans l'histoire et l'hystérie dans l'art. Évolution nécessaire de la critique médicale. (*Ps. M.*, n° 34, 28 avril 1909, p. 537.)

PATHOMIMIE. — **Boudon et Caraven**. Un cas de mythomanie: double trépanation pour accidents méningés simulés. (*Soc. de psychiatrie*. S. du 18 mars 1909. (*E.*, IV, n° 4, 10 avril 1909, p. 374.) — **Apetr**. Pathomimie. (*Soc. française de dermatologie et de syphiligraphie*. S. du 19 avril 1909.)

HYSTÉRO-TRAUMATISME. — **Ginestous**. Blepharospasme tonique hystero-traumatique. - **Brissaud**. Les troubles nerveux post-traumatiques. (*B. M.*, XXIII, n° 37 et 38, 15 mai, p. 439, 465.) — **Majano**. Névrose traumatique à type hystérique et à type épileptique. (*Medicina degli infortuni del lavoro*, déc, 1908. — **Friedel** (**Erwin**). Zur Prognose der traumatischen Neurosen. (*M. P. N.*, XXV, f. 3, mars 1909, p. 189.)

PSYCHOSES PRIMITIVES

PSYCHOSE MANIAQUE-DÉPRESSIVE, CYCLOTHYMIE. — **Kahn.** La cyclothymie. De la constitution cyclothymique et de ses manifestations (mélancolie et excitation intermittentes. (*Th. de Paris*, 18 juin 1909.) — **Charpentier.** Sur un cas de psychose périodique chez un débile. (*Soc. de psychiatrie.* S. du 18 fév. 1909.) (*E.*, IV, n° 3, 10 mars 1909, p. 288.) — **Deny** (**G.**) et **Pélissier** (**A.**). Débilité mentale et Cyclothymie. (*Soc. de psychiatrie.* S. du 18 fév. 1909.) (*E.*, IV, n° 3, 10 mars 1909, p. 290.) — **Dupré** et **Charpentier.** Psychose périodique. Méningite chronique syphilitique. Démence. (*Soc. de psychiatrie.* S. du 18 fév. 1909.) (*E.*, IV, n° 3, 10 mars 1909, p. 286.) — **Seige.** Stoffwechseluntersuchungen bei Melancholien und cirkulären Psychosen. (Recherches sur la nutrition dans la mélancolie et la psychose circulaire.) *Gesells. Jahresversam des Deutsch Vereins f. Psych. in Coln u. Bonn.*, 23 et 24 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 550.) V. **Démence précoce** : Urstein.

MÉLANCOLIE. — **Popp** (**Jul.**). Zur Melancholiefrage. (*I. D., Freiburg*, fév. 1909.) — **Berger** Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. (*Gesells. Jahresversam. des Deutsch Vereins f. Psych. in Coln u. Bonn.*, 23 et 24 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, n° 10 mai 1909, p. 549.) — **Baillet** (**G.**). La mélancolie. (*J. Pr.*, XXIII, 21-22 mai 1909, p. 321.) — **Victorio** (**A.-F.**). Conferencias de clinica psiquiätrica : un caso de melancolia simple. (*R. F. E.*, VII, n° 73, janv. 1909, p. 7.. **Vigouroux** et **Laignel-Lavastine.** Ganglion semi-lunaire et mélancolie. (*Soc. anatomique.* S) du 7 mai 1909.) — **Myers-Jessie** (**V.-C.**) **Fisher**, (**W.**) et **Diefendorf.** The question of autointoxication in acute depressive psychoses. (Question de l'auto-intoxication dans les psychoses dépressives aiguës.) (*A. J. I.*, LXVI, n° 4, avril 1909, p. 607.) — **Pilez** (**A.**). Die Verstimmungszustände. (Les états de mauvaise humeur.) *Grenzfragen des Nerven und Seelenlehens.* fasc. 63. *Bergmann.* Wiesbaden.

PARANOIA, DÉLIRE DE QUÉRULANCE, DÉLIRE D'INTERPRÉTATION. — **Ley.** Un cas de paranoïa. (*Soc. belge de neur.* S. du 30 janv. 1909.) (*J. N.*, XIV, n° 6, 20 mars 1909, p. 111.) — **Kondring** (**H.**). Beiträge zur Frage des Querulantenwahns. (*I. D., Freiburg*, fév. 1909.) — **Frese.** Der Querulant und seine Entmündigung. (Le querulant et son interdiction. (*Juritisch-psychiatrische Grenzfragen*, VI, f. 8, 1909. *Marhold*, Halle.) — **Sérieux** (**P.**). Un cas de délire d'interprétation. (*S. C. M. M.*, 11, n° 3, mars 1909, p. 62.) — **Sanctis** (**G. de.**) Riformatori. (*Marcolli*, 1909.)

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE. — **Crinon.** Un cas de psychose hallucinatoire. (*S. C. M. M.*, II, n° 4, avril 1909, p. 115.) — **Séglas** et **Cotard.** Deux cas de psychose hallucinatoire. (*Soc. de psych.*, 28 déc. 1908.)

CONFUSION MENTALE. — **Pactet.** Confusion mentale consécutive à un traumatisme chez un jeune homme de vingt ans. (*S. C. M. M.*, 11, n° 4, avril 1909, p. 98.) — V. **Infections.**

DÉMENCE PRÉCOCE. — **Neisser** (**Cl.**). Zur Dementia praecox Frage. (Question de la démence précoce. (*P. N. W.*, XI, n° 1, 27 mars 1909, p. 8.) — **Urstein.** Die Dementia praecox und ihre Stellung zu manisch-depressiven Irresein. (La démence précoce et sa place dans la psychose maniaque-dépressive.) (*Urban et Schwarzenberg*, Vienne.) — **Bellini** (**G.**). Psicosi infantile : Delirio paranoide ad accessi intervallari. (*A. F.*, XVIII, f. 4, déc. 1908, p. 369.) — **Klippel** et **Lhermitte.** Anatomie pathologique de la démence précoce. Un cas avec autopsie. (*Soc. de psychiatrie*, 22 avril 1909.) (*E.*, IV, n° 5, 10 mai 1909, p. 504.) — **Goldstein.** Zur pathologischen Anatomie der Dementia præcox, im besonderen der plötzlichen Todesfälle bei derselben. (*Gesells. Jahresversam des Deutsch Vereins f. Psych. in Coln u. Bonn.*, 23-24 avril 1909. (*N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 545.) — **Moriyasu.** Beiträge zur pathologischen Anatomie der Katatonie. (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909, p. 516.) — **Rohde Max.** Assoziationsvorgänge nach der Methode Fuhrmann bei Dementia hebephrenica s. praecox. (Processus d'association d'après la méthode de Fuhrmann dans la démence hébéphrénique dite précoce.) (*I. D., Berlin*, mars 1909.) — **De Bruyn.** A study of emotional expression in dementia praecox. (*J. A. Ps.*, III, fév.-mars 1909, p. 378.) — **Sante de Sanctis.** Quadri clinici di « Dementia praecox » nell' infanzia e nella fanciullezza. (*R. I. N.*, II, f. 3 mars 1909, p. 97.) — **Barnes** (**Fr.**). A clinical study with blood examinations of two atypical cases related to the dementia precox group. (Étude clinique avec examen de sang de deux cas atypiques appartenant au groupe de la démence précoce. (*A. J. I.*, LXV, n° 4, avril 1909, p. 559.) — **Barnes** (**Fr.**). A study of the metabolism of two atypical cases related to the dementia precox group, (Étude sur le métabolisme de deux cas atypiques rattachés au groupe de la démence précoce.) (*A. J. I.*, LXV, n° 4, avril 1909, p. 591). — **D'Ormea** (**A.**). Ricerche sulla meccanica respiratoria dei dementi precoci. (*Pesaro*, 1909.) — **Risch.** Ueber die Verkennung psychogener Symptomenkomplexe der frischen Haft und ihre Verwechslung mit Katatonie. (*M. P. N.*, XXV, f. 4, avril 1909, p. 281.) — **Vigouroux.** Les déments précoces dans l'armée. (*C.*, IV, 16, 16 avril 1909, p. 241.) — **Ewens.** Katatonia in India. (*Indian med. Gaz*, mars 1909, p. 85.) — **Berkeley** et **Follis.** An investigation into the merits of thyroidectonny and thyro-lecithin in the treatment of catatonia. (Recherches sur la valeur de la thyroïdectomie et de la thyro-

lecithine dans le traitement de la catatonie. (*A. J. I.*, LXVI, 3 janv. 1909, p. 415.) — V. **Thrombose des sinus** : Sterts.

PSYCHOSES SECONDAIRES

V. **Infections, intoxications, polynévrites.**

PSYCHOPATHIES CONGÉNITALES ET INFANTILES

IDIOTIE. — **Neurath.** Ueber Idiotie im Kindesalter. (*M. K.*, 7 fév. 1909, p. 199.)

IMBÉCILLITÉ. — **Friedlander (A.).** Uber die Bewertung der Imbezillität und der sogenannten Moral insanity in praktischer und forensischer Beziehung. (*M. P. N.*, XXV, f. 4, avril 1909, p. 310.) — V. **Myopathies** : Ansalone.

DÉBILITÉ MENTALE. — **Heller** Schwachsinnigenforschung. (Examen des débiles mentaux.) *Marhold* Halle, 1909.) — **Laquer (L.).** Die arztliche Feststellung der verschiedenen Formen des Schwachsinus in den ersten Schuljahren. (Diverses formes de débilité mentale dans les premières années d'école.) (*O. Gmelin.* München.) — **Mobius (P.-J.).** Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. (Sur la débilité mentale physiologique de la femme.) (*Marhold.* Halle.) —**Hans Gudden.** Das Wesen des moralischen Schwachsinus (*A. P. N.*, XIV. 1.)

DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE. — **Luckearth.** Ueber Degenerationspsychosen bei Kriminellen Geisteskranken. (*Gesells. Jahresversam des Deutsch Vereins f. Psych. in Coln u. Bonn.*, 23-24 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, nº 10, mai 1909, p. 544.) — **Fillassier.** Dégénérescence mentale avec épilepsie; actes inconscients, fugues et impulsions. (*S. C. M. M.*, II, nº 4, avril 1909, p. 122.) — V. **Délire** : Birnbaum.

DÉMENCES ORGANIQUES

Bénon (R.). Des ictus amnésiques dans les démences organiques. (*A. M. P.*, nº 2, 1909. p. 207.) — **Franceschi.** Gliosi perivascolare in un caso di demenza afasica. (*An. N.*, XXVI, f. 5-6, p. 281.)

PARALYSIE GÉNÉRALE. — **Bonneau.** L'héridité similaire dans la paralysie générale. (*Th. de Paris*, 12 mai 1909.) — **Ballet (G.).** Sur la descendance des paralytiques généraux. (*Académie de médecine.* S. du 27 avril 1909.) — **Trénel.** Paralysie générale précoce avec syphilis héréditaire. (Dents sulciformes de Parrot.) (*S. C. M. M.*, II, nº 3, mars 1909, p. 79.) — **Herrmann.** Paralytiker Kinder. (*M. M. W.*, LVI, nº 20, 18 mai 1909, p. 1025.) — **Marie (A.).** Paralysie, générale infantile. (*S. C. M. M.*, II, nº 3, mars 1909, p. 94.) **Rémond** et **Chevallier-Lavaure.** Un cas de paralysie générale juvénile. (*Pg. M.*, nº 19, 8 mai 1909, p. 242.) — **Maupaté** et **Desruelles.** Un cas de paralysie générale précoce. (*E. M. N.*, XIII, nº 20, 16 mai 1909, p. 233.). — **Nordalm. (K.).** Beitrag zur allgemeinen progressiven Paralyse der Irren im jugendlichen Alter. (Paralysie générale dans le jeune âge.) (*I. D.*, Rostock, avril 1909.) — **Trapet.** Entwicklungsstörungen des Gehirns bei juveniler Paralyse. (Troubles de développement du cerveau dans la paralysie juvénile.) (*A. P. N.*, XLV, f. 2, 1909, p. 715.) — **Schæfer.** Ueber die familiären und conjugalen Fälle von progressiver Paralyse und Tabes dorsalis. (*Trenkel*, Berlin, 1909.) **Marie (A.).** et **Bourilhet.** Paralysie générale prolongée. (*S. C. M. M.*, II, nº 4, avril 1909, p. 125.) —**Karpas (A.).** Paralysie générale de durée extraordinairement longue, deux cas dont un avec autopsie. (*N. Y. M. J.*, 6 mars 1909.) — **Marie (A.).** Paralysie générale et aphasie agnosie. (*S. C. M. M.*, II, nº 3, mars 1909, p. 87.) — **Rogues de Fursac** et **Vallet (A.).** Éruption pemphigoïde chez un paralytique général hémiplégique. (*Soc. de psychiatrie.* S. du 18 mars 1909, *E.*, IV, nº 4, 10 avril 1909, p. 382.) — **Trénel.** Paralysie générale amaurotique. (*S. C. M. M.*, II, nº 4, avril 1909, p. 109.) — **Rodiet (A.).** et **Pansier (P.).** L'amblyopie chez les paralytiques généraux. (*R. M. N.*, 25 mars 1909.) — **Rodiet.** Les aberrations visuelles des paralytiques généraux. (*J. M. P.*, 17 avril 1909.) — **Naudascher.** Paralysie générale et asphyxie symétrique des extrémités. (*R. Ps.*, XIII, nº 3, mars 1909, p. 117.) — **Mignot (R.).** Notes sur le développement physique des paralytiques généraux. (*Re. M.*, XXIX, nº 3, 10 mars 1909, p. 161.) — **Thomsen.** Ueber die Bedeutung der progressiven Paralyse für die allgemeine Praxis. *Beihefte z. med. klink.*, V, f., IV, 1909, p. 81.) — **Junius (P.).** et **M. Arndt.** Beitrage zur Statistik, Atiologie, Symptomatologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. (*A. P. N.*, XLIV, f. 1, 2, 3.) — **Schon (E.).** Klinisch — anatomische Beiträge zur Kenntnis der progressiven Paralyse. (*I. D.*, *Jena*, avril 1909.) — **Dagonet (J.).** La persistance des neuro-fibrilles dans la Paralysie générale. (*S. C. M. M.*, II, nº 2, fév. 1909, p. 50.) — **Rheindorf.** Zur Plasmazellenfrage bei der progressiven Paralyse. (La question des Plasmazellen dans la Paralysie générale. (*Gesells. der Charité-Aerzte*, 25 fév. 1909.) — **Rosanoff.** Immunity against Tuberculosis in general paresis. (Immunité anti-tuberculeuse dans la paralysie générale. (*J. A. M. A.*, 13 fev. 1909, p. 530.) — **Brissaud Bauer** et **Gy.** Paralysie générale, sclérose en plaques ou maladie de Parkinson? (*Soc. de neur.* S. du 1er avril 1909.) (*R. N.*, XVII, nº 8, 30 avril 1909, p. 511.) — **Jones (E.).** A review of our present knowledge concerning the sero-diagnosis of general paralysis. (Revue sur l'état actuel de la question du sero-diagnostic de la paralysia

générale.) (*A. J. I.*, LXI, nº 4, avril 1909, f. 653.) — **Stanziale.** La ricerca del. « Treponeme pallido » nella paralisi progressiva. (*An. N.* XXVI, f. 5-6, p. 271.) — **Rühle.** Ein Fall von Hirntumor bei Paralyse. (*Z. N. P.*, XXXII, nº 283, avril 1909, p. 234.) — V. **Tabes, syphilis.**

PRESBYOPHRÉNIE. — **Nouët** et **Halberstadt.** La presbyophrénie de Wernicke. (*E.*, IV, nº 4, 10 avril 1909, p. 331.)

ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

Dezwarte (**E.**) et **Hamel** (**J.**). Asiles régionaux. (*Informateur*, IV, nº 4, 25 avril 1909, p. 133.) — **Maupâté.** L'assistance en France des infirmes ou des séniles calmes de nationalité étrangère. (*Informateur*, IV, nº 5, 25 mai 1909, p. 162.) — **Levet.** L'assistance des aliénés algériens dans un asile métropolitain. (*Fin.*) (*A. M. P.*, nº 2, 1909, p. 239.) — **Wehner.** Aus dem öffentlichen Gesundheitswesen in England und Schottland. (*V. G. M.*, XXXVII, 1909.) — **Rapmund** et **Hermann.** Das öffentliche Gesundheitswesen in Schweden. (*V. G. M.*, XXXVII, 1909.) — **Beyer.** Zur Irrengesetzgebung in Bayern. (*P. N. W.*, XI, nº 8, 15 mai 1909, p. 61.) — **Archdale.** Remarks on hospital (i.e. asylum) treatment of the ocutely insane. (*Med. Mag.*, avril 1909, p. 211.) — **Alt.** Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranker in gemeinsamer Anstalt. (*Gesells. Jahresversam. des Deutsch. Vereins f. Psych. in Cöln u. Bonn.*, 23-24 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, nº 10, mai 1909, p. 641.) — **Meyer** (**A.**). The problem of the state in the case of the insane. (*A. J. I.*, LXI, nº 4, avril 1909, p. 689.) — **Bischoff** (**E.**). Die wirtschaftliche Lage der Assistenzärzte an den Irrenanstalten der Stadt Berlin. (*P. N. W.*, XI, nº 4, 17 avril 1909, p. 29.) — **Vernon** et **Briggs.** « Am Steinhof » Hospital and sanatoria in Vienna for mental and nervous patients of lower Austria. (*A. J. I.*, LXI, nº 4, avril 1909, p. 707.) — **Campbell Meyers.** Neuropathic Wards in general hospitals. (Salles pour névropathes dans les hôpitaux généraux.) (*A. J. I.*, LXV, nº 3, janv. 1909.) — **Moeli.** Internationaler Kongress zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin, 1910. (*Gesells. Jahresversam. des Deutsch. Vereins f. Psych. in Cöln u. Bonn*, 23-24 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, nº 10, mai 1909, p. 539.) — **Falkenberg.** (**W.**). Die Pflege Geisteskranker. (*G. Thieme*, Leipzig, 1909.) — **Moravcsik** (**E.-E.**). Die psychiatrische Klinik der Königl. Universität in Budapest. (*P. P. W.*, nº 50, 6 mars 1909, p. 425.) — **Kieserling.** Die Entwicklung der Familienpflege in Lublinitz. (*P. N. W.*, nº 51, 13 mars 1909, p. 440.) — **Beyer.** Nervenheilstätte, Sanatorium und Irrenanstalt. (*Gesells. Jahresversam. des Deutsch. Vereins f. Psych. in Coln u. Bonn*, 23-24 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, nº 10, mai 1909, p. 543.) — **Seige.** Psychopathische grenzzustände im Landstreichertum. (*Naturwissencha'tlich medizinische Gesellschaft, zu Iena*, 21 janv.) (*M. M. W.*, nº 13, p. 680.) — **Helvio Fernandez.** El servicio de alienados delincuentes. (*A. P. C.*, VIII, janv.-fév. 1909, p. 97.) — **Perrin** (**Maurice**). Ce que doit faire le personnel des hôpitaux à l'entrée d'un morphinomane fébricitant. (*Pr. M.*, XXII, 18, 1er mai 1909, p. 191.) — **Hutchings** (**Richard**). Tuberculosis in hospitals for the insane. (*A. J. I.*, LXI, nº 4, avril 1909, p. 721.) — **Kerll.** Typhus in Grosschweidnitz. (*P. N. W.*, XI, nº 9, 22 mai 1909, p. 73.) — **Antheaume** (**A.**). Des modifications à apporter au concours d'adjuvat. (*Informateur*, IV, nº 3-4, 1909, p. 81 et 117.) — **Antheaume** (**A.**). A la mutuelle des aliénistes de France. (*Informateur*, IV, nº 5, 25 mai 1909, p. 165.)

MÉDECINE LÉGALE

Marx (**Hugo**). Praktikum des gerichtlichen Medizin. (*A. Hirschwald*, Berlin, 1909.) — **Schmidtmann.** Handbuch der gerichtlichen Medizin. (*A. Hirschwald*, Berlin, 1909.) — **Gottschalk.** Grundriss der gerichtlichen Medizin (einchliesslich der Unfall-und Invalidenversicherung) für Aerzte und Juristen. (*Georg. Thieme*, Leipzig, 1909.) — **Voos** (**G.**). Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. (*P. N. W.*, XI, nºs 1, 2, 3, mars-avril, p. 1, 13 et 25.) — **Dubief.** La législation des aliénés. (*G. M. P.*, 15 fév. 1909, p. 5.) — **Del Greco** (**Fr.**). Il concetto psicologico-sociale di responsabilità. (*R. P. A.*, V, nº 3, mai-juin 1909, p. 224.) — **Francotte** (**X.**). De la responsabilité pénale, en particulier de la responsabilité atténuée et des mesures à appliquer aux délinquants demi fous. (*S. M. M. Be.*, 144, avril 1909, p. 75.) — **Frisco** (**B.**). La imputabilità dei deboli di mente imputati di truffa commessa per suggestione. (*R. I. N.*, II, f. 4, avril 1909, p. 156.) — **Boccelli.** Su l'attendibilità delle accuse e testimonianze dei fanciulli. (Sur la prise en considération des accusations et des témoignages des jeunes filles.) (*R. P. A.*, V, nº 2, mars-avril 1909, p. 126.) — **Hoppe** (**H.**). Die Zeugung im Rausche. (Le témoignage dans l'ivresse.) (*Z. N. P.*, XXXII, nº 281, mars 1909, p. 161.) — **Voisin** (**J.**). Recherches sur la délinquance juvénile. (*Académie de médecine.* S. du 27 avril 1909.) — **Martinazzoli** (**A.**). Osservazioni intorno al problema della criminalità giovanile. (*Soc. Romana di antropol.* S. du 14 mars 1909.) — **Duprat.** Les types criminologiques dans l'adolescence. (*R. Sc.*, 1er mai 1909.) — **Marro** (**A.**). I fattori cerebrali dell'omicidio e la profilassi educativa. (*A. F.*, XVIII, f. 4, déc. 1908, p. 289.) — **Sommer.** Die Beziehungen zwischen Psychologie, Psychopathologie und Kriminal-psychologie vom Stand-

punkt der Vererbungslehre. (Rapports entre la psychologie, la psychopathologie et la psychologie criminelle au point de vue de l'hérédité.) (*Gesells f. soz. Med. hyg. u. med. stat. zu Berlin*, 21 avril 1909.) — **Hitchcock**. (**W. Ch.**). Imbecile, criminal, or both? (*A. J. I.*, LXV, nº 3, janv. 1909, p. 519.) — **Münsterberg**. Psychology and Crime. *Fisher Unwin*, Londres, 1909.) — **Joffroy** et **Dupouy**. Fugues et vagabondage. (*Alcan*, Paris.) — **Meeus**. Des origines de l'anthropologie criminelle. (*Bul. soc. med. ment. Belgique*, nº 143, fév. 1909, p. 27.) — **Rüdin** (**E.**). Über die Klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. (*München*, 1909.) — **Stengel** (**H.**) und **Hegar** (**A.**). Über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. (*A. Z. P.*, LXVI, f. 1, 1909, p. 82.) — **Lacassagne** (**A.**). Peine de mort et criminalité. (*A. Maloine*, Paris, 1909.) — **Lundsgaad**. Un cas d'arrachement du globe par attentat d'une folle. (*K. M. A.*, XLVII, fév. 1909, p. 131.) — **Anton Bosch**. Die Selbstmörder. (Les suicidés.) (*Pr. Deuticke*, Leipzig-Wien.) — **Fürnrohr**. Unfall und Nervenkrankheiten. (*Nümberger mediz. Gesells. und Poliklinik*, 17 déc. 1908.) — **Tourey-Piallat**. L'obsession traumatique. (*Informateur*, IV, nº 3, 25 mars 1909, p. 102.) — **Giraud** (**A.**). La simulation de la folie. (*A. M. P.*, nº 2, 1909, p. 220.) — **Parrot**. L'aliénation mentale peut constituer une cause de divorce lorsque l'origine de la maladie est antérieure au mariage et a été dissimulée à l'autre conjoint. (*Informateur*, IV, nº 3, 25 mars 1909, p. 102.) — **Reisch** (**B.**). Ueber die strafrechtliche Beurteilung der Minderjährigen. (*P. N. W.*, XI, nº 5, 6 avril 1909, p. 37, 45.) — V. **Epilepsie, délire de quérulance, hémorragie cérébrale** : Erwin Franck. **Assistance aux aliénés.**

PÉDAGOGIE

Paul-Boncour. La nouvelle loi relative à l'éducation des enfants arriérés. (*Pg M.*, XIII, 27 mars 1909, p. 170.) — **Régis**. Les classes d'anormaux à Bordeaux. (*Revue philanthropique*, XXV, nº 145, 15 mai 1909, p. 5.) — **Kerr Love**. Cerebral physiology and education of abnormal children. (*G. M. J.*, fév. 1909, p. 90.) — **Stern** (**Clara**) und **Stern** (**W.**). Erinnerung, Aussage und Lüge in der ersten Kindheit. (Souvenir, témoignage et mensonge dans la première enfance.) (*Leipzig, J. A. Barth.*, 1909.) — **Moll**. Das Sexualleben des Kindes. (*Walther*, Berlin, 1909.) — **Malapert** (**P.**). La morale sexuelle à l'école... (*Hygiène scolaire*, avril 1909, p. 83.) — **Régnier** (**P.**). L'enseignement des questions de physiologie sexuelle. (*Hygiène scolaire*, avril 1909, p. 95.) — **Bergez** (**G.-G.**). La educacion refleja y doméstica. (*Archivos de pedagogia ciencias afines*, V, nº 13, janv. 1909, p. 76.) — **Flanders** (**L.**). Nerve strain of school children. (Surmenage nerveux chez les écoliers.) (*B. M. S. J.*, 25 fév. 1909, p. 232.) — **Granjux**. De la prophylaxie de l'insociabilité par la sélection scolaire. (*A. A. C.*, 15 avril 1909, p. 268.) — **Lemaître** (**A.**). Le parapsychisme scolaire. (*A. Ps.*, VIII, nº 31, avril 1909, p. 221.) — **Selva** (**J.-B.**). Acentuaciones dudosas ó erróneas en algunos nombres proprios. (*Archivos de pedagogia y ciencias afines*, V, nº 13, janv. 1909, p. 29.) — **Dufestel**. Hygiène scolaire. (*O. Doin*, Paris.) — V. **Imbécillité, médecine légale.**

THÉRAPEUTIQUE

PSYCHOTHÉRAPIE

Eastman. Psychotherapy as applied to children. (*B. M. S. J.*, 11 fév. 1909, p. 163.) — **Scott** (**W. D.**). An interpretation of the psycho-analytic méthod in psychotherapy, with report of a case so treated. (*J. A. Ps.*, fév.-mars 1909, p. 371.) — **Stegmann**. Arbeit als Kurmittel in der Psychotherapie. (*Gesells. f. Natur u. Heilkunde zu Dresden*, 30 janv. 1909.) — **Magnin** (**P.**). Psychothérapie et mouvement. (*R. H.*, XXIII, nº 9, mars 1909, p. 276.) — **Yung** (**E.**). Contribution à l'étude de la suggestibilité à l'état de veille. (*A. Ps*, VIII, nº 31, avril 1909, p. 263.) — **Faure** (**M.**). Education et rééducation motrice. Terminologie et technique. (*Soc. de thérapeutique*, 12 mai 1909.) — **Charézieux**. La psychothérapie et la stomatologie. (*T. M.*, 7, 13 fév, 1909, p. 101.) — **Donley**. Mysticism and medicine. (*B. M. S. J.*, 11 mars 1909, p. 306.) — **Waddle**. Miracles of healing. (*A. J. Ps.*, avril 1909, P. 219.) — V. **Psychiatrie, psychonévrose.**

HYPNOTISME. — **Steiner**. Hypnotische Suggestion als Heilmittel. (*W. M. W.*, nº 13, 14, 15, 1909, p. 686, 762, 822.) — **Lépinay**. La durée de l'incubation dans la réalisation des suggestions hypnotiques. (*R. H.*, XXIII, nº 10, avril 1909, p. 314.) — **Bérillon**. — Le centre du réveil, interprétation anatomo-physiologique de l'hypnotisme. (*G. H.*, nº 40, 6 avril 1909, p. 482.)

MATIÈRE MÉDICALE

SPIROSAL. DIPLOSAL. — **Otto Lehmann**. Zur Bewertung des Spirosals. (*B. K. W.*, 12 avril 1909, p. 696.) — **Koch** et **Schulz**. Untersuchungen uber spirosal. (*T. Mh.*, mars 1909.) — **Dengel**. Spirosal und Aspirin. (*D. M. W.*, nº 14, 1909.) — **Thür** (**N.**). Ein neues Salicylprä-

parat « Diplosal. » (*W. M. W.*, LIX, 14, 3 avril, 1909, p. 754.) — **Strach.** — Le diplosal. (*T. Mh.*, 2 fév. 1909.)

SCOPOLAMINE-MORPHINE. **Schlesinger.** (H.). Ueber die Anwendung von Skopolamin. Morphium. Dionin. Injektionen bei der Behandlung chronischer schmerzhafter Erkrankungen. (Injections de Scopolamine, morphine, dionine dans le traitement des affections chroniques douloureuses. (*Gesells. f. inn. Méd. und Kinderh. in Wien.*) (*W. M. W.*, n° 9, p. 480.) — V. **Physiologie.**

ACOINE. — **Brunetière.** L'acoïne; ses incompatibilités; son mode d'emploi comme analgésique dans les injections sous-conjonctivales et intra-musculaires. (*Soc. française d'ophtal.* Congrès 1909, 4 et 5 mai 1909.)

STRYCHNINE. — **Vadam.** La Strychnine. (*Le Médecin praticien*, 23 mars 1909.)

COLLARGOL. — **Damaye** (H.) et **Mézie** (A.). Du collargol en psychiatrie. (*E.*, IV, n° 4, 10 avril 1909, p. 343.)

INJECTIONS D'ALCOOL. — **Sturmann.** Alkoholinjektionem in den N. laryng. sup. bei tuberkulöser Dysphagie. (*Laryng. Gesells.*, 19 fév. *B. K. W.*, n° 13, p. 613.) — V. **Névralgies, Trijumeau.**

SÉROTHÉRAPIE

Bloch (M.). Un nouvel antispasmodique, principalement pour la coqueluche. (*Soc. de méd. de Paris*, 27 mars 1909.)

OPOTHÉRAPIE

Page. Traitement des maladies nerveuses par un nouvel extrait cérébral agissant comme une antitoxine. (*Académie de médecine*, 30 mars 1909.) — **Dalché** (P.). Opothérapie ovarienne. (*La gynécologie*, mars 1909.) — V. **Glandes à secrétion interne.**

AGENTS PHYSIQUES

Martinet, Mougeot, Desfosses, Durey, Ducroquet, Delherm, Dominici. Les agents physiques usuels. (*Masson*, Paris 1909.)

MASSAGE. — **Palmén** et **Rancken.** Zur Kenntnis der Einwirkung der massage auf die Leistungsfähigkeit des Muskels. (*Skand arch. f. Physiol.*, XXII, f. 6, 1909, p. 383.) — **Cornelius.** Nervenpunkte, ihre Entstehung, Bedeutung und Behandlung mittels Nervenmassage. (*G. Thieme. Leipzig*, 1909.) — **Kolbé.** Points nerveux et massage des nerfs d'après Cornélius. (*Arch. génér. de Thérapeut. physique*, 20 avril 1909.)

GYMNASTIQUE. — **Munter** (S.). Neuerungen auf dem Gebiete der Heilgymnastik der Nerven-Herz-und Stoffwechselkrankheiten. (Données récentes sur le traitement par la gymnastique des affections des nerfs, du cœur et de la nutrition.) (*30 Versammlung. der Balneog. ges.*, Berlin, 4-9 mars 1909.)

BALNÉOTHÉRAPIE, HYDROTHÉRAPIE. — **Balneologische Gesellschaft.** 30e reunion. Berlin, 4-9 mars 1909.) — **Bardet** (G.). Notions d'hydrologie moderne. (O *Doin*, Paris.) — **Brieger** und **Krebs.** Grundriss der Hydrotherapie. (*Simeon* ; *Berlin*, 1909.) — **Bonix.** Amélie-les-Bains, station thermale d'hiver. (*Th. de Montpellier*, 4 mai 1909.)

ÉLECTROTHÉRAPIE. — **Vigier.** Électrothérapie. (*Baillière*, Paris.) **Zanietowski** (Josef). Kompendium der modernen Elektromedizin. (*Fr. Deutsche* Leipzig et Vienne.) — **Neuberg.** Wirkungen des elektrischen Stromes. (*Gesells. der Charité-Aerzte*, 25 fév. 1909.) — **Gautier** (G.) et **Ducretet** (F.). Nouveau dispositif de haute fréquence unipolaire intensif. (*A. E. M.*, n° 256, 25 fév. 1909.) — **Letulle** (A.) et **Moutier** (M.). Action hypotensive de la d'arsonvalisation dans l'hypertension arterielle permanente. (*A. E. R.*, fév. 1909.) — **Doumer** (E.). Action de la d'arsonvalisation sur la circulation périphérique. (*Académie des sciences*, 8 mars 1909.) — **Nagelschmidt.** Ueber Hochfréquenzströme (*Berliner Medizinische gesellschaft*, 24 fév.) — **Doumer** (E.). Des mesures en d'arsonvalisation. (*Académie des sciences*, 22 fév. 1909.) — **Berthon, Gagnière, Hédon** et **Lisbonne.** Contribution à l'étude de l'action des courants alternatifs industriels de haute tension sur l'organisme. (*A. E. M.*, n° 256, 25 fév. 1909.) — **Rodenwaldt** (E.). Ueber Verletzungen durch elektrische Starkströme vom gerichtstärztlichen Standpunkt. (Lésions par courant électrique au point de vue médico-légal). (*V. G. M.*, XXXVII, 1909.)

RADIUMTHÉRAPIE. — **Wickam** (L.) et **Degrais.** Radiumthérapie (Baillière). V. **Syringomélie, goitre exophtalmique.**

CHIRURGIE

CHIRURGIE CÉRÉBRALE ET MÉDULLAIRE. **Tschudy.** Hirnchirurgische Mitteilungen.

(*I Versammlung der Schweiz. neurolog. Gesells. in Bern.*, 13 mars 1909. *N.C.*, n° 9, p. 504.) **Krause**. Chirurgie des Gehirns und Ruckenmarks. (*Urban et Schwarzenberg-Berlin.*) — **Krause**. 28 Ruckenmarksoperationen gemachten Erfahrungen. (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins*, S. du 8 mars 1909.) — **Dege**. Rückbildung der Ausfallserscheinungen nach Gehirnoperationen. (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins*. S. du 8 mars 1909.) — **Cushing** (H.). Principles of cerebrale Surgery. (*J. A. M. A.*, 16 janv., p. 184.) — **Foerster** (O.). Beiträge zur Hirnchirurgie. (*B. K. W.* n° 10, 8 mars 1909, p. 431.) — **Hanel**. Remplacement idiopathique de la dure-mère. (*Z. C.*, n° 5, 30 janv. 1909, p. 160.) — V. **Corps calleux, tumeurs cérébrales, abcès cérébraux**.

PONCTION CÉRÉBRALE. — **Küttner**. Ueber Hirnpunktion und Trépanation. (*D. M. W.*, 18 mars 1909, p. 465.) — V. **Ponction lombaire** : Bever.

CHIRURGIE NERVEUSE. — V. **Paralysie faciale** : Tilman. **Nerfs** : physiologie.

CHIRURGIE MUSCULAIRE. — **Sainter**. Operativer Ersatz bei Deltoideuslähmung. (*Kong. der-Deutsch. Gesells. f. chirur. in Berlin.*, 14-17 avril 1909.) (*N. C.*, XXVIII, n° 10, mai 1909, p. 554.)

NOTA. — *Le prochain fascicule de l' « Index bibliographique » paraîtra le 25 septembre 1909.*

IMPRIMERIE DE J. DUMOULIN, A PARIS

3e FASCICULE — 25 SEPTEMBRE 1909.

PUBLICATION SUPPLÉMENTAIRE, PARAISSANT QUATRE FOIS CHAQUE ANNÉE : EN MARS, JUIN, SEPTEMBRE, DÉCEMBRE, ET COMPRENANT LA BIBLIOGRAPHIE NEURO PSYCHIATRIQUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE, DE **date exclusivement récente** (DERNIER TRIMESTRE ÉCOULÉ).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DU

JOURNAL *L'ENCÉPHALE*

(Pour juin, juillet, août 1909)

RÉDIGÉ PAR

ANDRÉ PÉLISSIER

Interne des hôpitaux.

ANATOMIE

ANATOMIE GÉNÉRALE

Collin (**Rémy**) et **Verain** (**Marcel**). Comparaison des noyaux des cellules nerveuses somatochromes dans l'état clair et dans l'état sombre chez la souris. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 24, 9 juillet 1909, p. 58.) — **Nageotte** (**J**.). Mitochondries du tissu nerveux. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 18, 28 mai 1909, p. 825.) — **Apathy**. Sur les neurofibrilles. (*Budap. Kon. Arztever*, 23 janv.). — **Ascoli** (**G.**). Della Struttura del cilindrasse negli irudinei (*Soc. méd. chirur. di Pavia*. S. 30 avril 1909.) — **Grant** (**James**). The clefts of the axis cylinder, the cable of the nervous system. (*N. Y. M. J.*, 15 mai 1909, p. 981.) — **Lhermitte** et **Cuccione**. Nouvelle méthode de coloration pour l'étude de la névroglie (cellules et fibrilles). (*S. M.*, 5 mai 1909, p. 205.) — **Snessareff**. De la névroglie et de ses rapports avec les vaisseaux et avec la surface cérébrale. (*Assemblée scientifique des méd. de l'hôp. de Notre-Dame des Affligés pour les aliénés à Saint-Pétersbourg*, 2 fév. 1909.)

AXE CÉRÉBRO-SPINAL

CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES. — **Brodmann** (**K.**). Antwort an Herrn Dr Th. Kaes : Ueber Rindenmessungen. — **Kaes**. (**Th.**). Replik. (*N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 635 et 639.) — **Ariens-Kappers** (**C. U.**). The phylogenesis of the palæo-cortex and archi-cortex, compared with the evolution of the visual neo-cortex. (*Arch. of Neurol*, IV, 1909, p. 161.) — **Zunino** (**G.**). Die myeloarchitektonische Differenzierung der Grosshirnrinde beim Kaninchen (Lepus cuniculus). (La différenciation myélo-architectonique des circonvolutions cérébrales du lapin). (*Journal f. Psychol. u. Neurol*, XIV, f. 1 et 2, mai 1909, p. 38.) — **Nikitin**. Sur la constitution histologique du Gyrus cingulus chez l'homme (*Obosr-psich*, 1909, n° 2). — **Kohlbrugge**. Die Gehirnfurchen Malayischer Völker verglichen mit denen der Australien und Europäer. (Les sillons des cerveaux malais comparés à ceux des Australiens et des Européens) (*Muller*. Amsterdam, 1909). — **Kohlbrugge** Untersuchungen über Grosshirnfurchen der Menschenrassen. (Recherches sur les sillons cérébraux des races humaines.) (*Zeitsch. f. Morphol.* u. Anthrop., XI, 3, 1909.)

ISTHME DE L'ENCÉPHALE. — **Jacobsohn** (**L.**). Ueber die Kerne des menschlischen Hirnstammes. (der Medulla oblongata, des Pons und des Pedonculus.) (Noyaux de l'isthme humain.) (*N. C.*, XXVIII, 13, 1er juillet, p. 674.) — **Von Monakow** et **Schellenberg**. Ueber den roten Kern des Menschen. (Noyau rouge de l'homme.) (*Neurologisch-psychiatrische Gesells. in Zurich*. S. 15 mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 671.) — **Dejerine** (**Y.** et **A.**) et **Thomas** (**André**). Le faisceau interne du pied du pédoncule cérébral. (*C. R. S. B.*, LXVII,

n° 24, 9 juillet 1909, p. 12.) — **Milt. Oeconomakis.** Ueber « Taenia pontis. » (*N. C.* XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 626.) — **Jumentié.** Contribution à l'étude des fibres aberrantes de la voie pédonculaire et de la dégénérescence de la pyramide et du ruban de Reil dans les lésions de l'étage antérieur du Pont. (*Soc. de neur. de Paris*, 13 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 670.) — **Gordon Holmes** et **Page May** (**W**). On the exact origin of the pyramidal tracts in man and ather mammals. (*Brain*, XXXII, part 125, 1909, p. 1.)

CERVELET. — **Golgi** (**C.**). Sulla struttura delle cellule nervose della corteccia del cervello. (*Soc. med. chir. di Pavia.* S. du 30 avril 1909.) — **Luna.** Contribution expérimentale à la connaissance des voies de projection du cervelet. (*Arch. ital. de biol.*, LI, f. 1, 1909, p. 137.) — **Mincazzini.** Sur les cours des voies cérébro-cérébelleuses chez l'homme. (*Ibid*, p. 37.)

MOELLE. — **Sherrington.** A mammalian spinal preparation. (*J. Ph.*, 15 juin 1909, p. 375.)

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

GÉNÉRALITÉS. — **Lefébure.** Les terminaisons nerveuses dans la peau du sein en dehors du mamelon. (*J. A.*, n° 4, 1909, p. 339.) — **Ranson** (**S. W.**). Preliminary note on the nonmedullated nerve fibres of the spinal nerves. (*Anat. Rec.*, mai 1909, p. 21.) — **Judson Herrick** (**C.**). The criteria of homology in the peripheral nervous system. (*J. C. N. P.*, mai 1909, p. 203.)

NERFS CARDIAQUES. — V. Physiologie.

NERFS INTESTINAUX. — **Anile** (**A.**). I gangli nervosi delle pareti intestinali. (*R. Accademia méd. chirur. di Napoli.* S. du 30 mai 1909.)

ORGANES DES SENS

OREILLE. — **Gemelli.** Les nerfs et les terminaisons nerveuses de la membrane du tympan. (*La Cellule*, XXV, f. 1, 1909, p. 119.) — **Honda** (**Yugoro.**) Gehörorgan des Hundes. (*I. D.*, Erlangen, janv., mai 1909.)

OEIL. — **Seefelder.** Ueber die Entstehungsweise der Fovea centralis beim Menschen. (*Medic. Gesells. zu Leipzig*, 23 fév. 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 21, 25 mai 1909, p. 1101.)

GLANDES A SECRÉTION INTERNE

HYPOPHYSE. — V. Pathologie.

THYROIDES-PARATHYROIDES. — **Gille** et **Bertein.** Thyroïdes aberrantes de la base de la langue. (*Soc. anatomique de Paris*, 28 mai 1909.) — **Viguier** (**G.**). La structure du corps thyroïde du Gecko. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 23, 2 juillet 1909, p. 1094.) — **Hawier** (**P.**). et **Morel** (**L.**). Topographie du tissu parathyroïdien chez le chat. (*C. R. S. B.*, LXVI, 18, 28 mai, p. 837.)

OVAIRE. — **Riquier** (**M. G.**). L'apparrato reticolare interno nelle cellule del corpo luteo (*Soc. med. chirur. di Pavia.* S. du 3 avril 1909.)

ANATOMIE COMPARÉE

Donaldson (**Henry H.**). On the relation of the body length to the body weight and to the weight of the brain and of the spinal cord in the albino rat. (*J. C. N. P.*, mai 1909, p. 155.) — **Shinkishi Hatai.** Note on the formulas used for calculating the weight of the brain in the albino rats. (*Ibid.*, p. 169.) — **Wallace Wood.** Cerebral lobules. Anatomy of the holmes nautilus. (*M. R*, 1er mai 1909, p. 753.) — **Judson Herrick** (**C.**). The nervus terminalis (Nerve of Pinkus) in the frog. (*J. C. N. P.*, mai 1909, p. 175.) — **Sheldon** (**R. E.**). The nervus terminalis in the carp. (*Ibid.*, p. 191.)

PHYSIOLOGIE

AXE CÉRÉBRO-SPINAL

GÉNÉRALITÉS. — **Marinesco.** Réponse à M. Guido Sala à propos de son travail : Ueber die Regenerationserscheinungen im zentralen Nervensystems. (*A. A.*, 4 juin 1909, p. 443.) — **Alquier** et **Faure-Beaulieu.** L'action du radium sur les tissus du nevraxe. (*I. S.*, XXII, n° 2, mars-avril 1909, p. 109.)

LOCALISATIONS CÉRÉBRALES. — **Monakow.** Neue Gesichtspunkte in der Frage nach der Lokalisation im Grosshirn. (*Correspondenz Bl. der Schweizer Aerzte*, 15 juin 1909, p. 401.) — **Horsley** (**Victor**). The Linacre lecture on the function of the so-called motor area of the brain. (Doctrine de Linacre sur la fonction de la zone soi-disant motrice du cerveau.) (*B. M. J.*, 17 juil. 1909, p. 125.) — **Winkler.** Localisation des fonctions psychiques. *Tidjschr. v. Geneesk*, n° 17. — **Rothmann.** Demonstration zur Physiologie der Grosshirnrinde. (*Berliner Gesells. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.* S. du 10 mai 1909.) — **Pastine** (**C.**). Contribution anatomo-clinique à l'étude topographique de la zone motrice corticale. (A propos d'un foyer de ramollissement de la circonvolution pariétale ascendante). (*E.*, IV, n° 7, 10 juil. 1909, p. 54.) —

Cushing (**Harvey**). A note upon the faradic stimulation of the postcentral gyrus in conscious patients. (*Brain*, XXXII, part. 125, 1909, p. 4.) — **Baglioni** et **Magnini**. Azione di alcune sostanza chimiche sulle zone eccitabili della corteccia cerebrale del cane. (*A. Fi.*, mars 1909, p. 240.)

CERVELET. — **Babinski** (**J.**). Quelques documents relatifs à l'histoire des fonctions de l'appareil cérébelleux et de leurs perturbations. (*Rev. mens. de méd. int. et de thérapeut.*, 15 mai 1909.)

MOELLE. — **Dejerine** (**M. et Mme**). Contribution à l'étude des localisations motrices spinales dans un cas de désarticulation scapulo-humérale remontant à l'enfance. (*R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 593.) — **Babak**. Zur ontogenetischen und phylogenetischen Betrachtung der Funktionen des Zentralnervensystems insbesondere des Rückenmarksshocks. (*Zentralbl. f. Physiol.*, XXIII, f. 5, 1909, p. 151.) — **Lee** et **Everingham**. Pseudo-fatigue of the spinal cord. (*A. J. Ph.*, 1er juill. 1909, p. 384.) — **Fraser Harris**. The time-relations of the tremor of muscle due to mechanical stimulation of cells of the spinal cord (frog). (*J. Ph.*, 2 juill. 1909, p. 80.) — **Kohnstamm** (**O.**). et **Hindelatig** (**F. J.**). Ueber Reflexkerne, die zugleich der sensiblen Leitung dienen (Nucleus intratrigeminalis) (Sur des noyaux réflexes qui servent également à la conduction sensitive). (*XXXIV. Wanderversammlung der südwestdeutsch. Neurolog. u. Irrenärzte in Baden-Baden*. S. du 22 et 23 mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 660.)

CIRCULATION CÉRÉBRALE. — **Eyster, Burrows** et **Essick**. Studies on intracranial pressure. (*J. E. M.*, XI, n° 3, 1909, p. 489.)

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

GÉNÉRALITÉS. — **Göthlin**. Untersuchungen über die Reizeschwelle des markhaltigen Nerven und verschiedene Elektrizitätsarten und Stromrichtungen. (Seuil d'excitation des nerfs médullaires avec les différentes sortes d'électricité et le sens du courant.) (*Skand. Arch. f. Physiol.*, XXII, f. 1, 1909, p. 23.) — **Lapicque** (**Louis**). Définition expérimentale de l'excitabilité. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 27, 30 juill. 1909, p. 280.) — **Orlowski**. Die Innervation der Potenz. (*N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 629.) — **Sherrington**. Reciprocal innervation of antagonistic muscles. Fourteenth note on double reciprocal innervation. (*Proc. Roy. soc.*, LXXXI, n° B. 548, p. 249.) — **Bergonié** et **Tribondeau**. Effets de l'étincelle de fulguration sur les nerfs et le sang. (*A. E. M.*, 25 avril-25 mai et 10 juin 1909, p. 363.)

RÉGÉNÉRATION DES NERFS. — **Abundo** (**A. d'**). Doctrine métamérique et régénération consécutive à l'arrachement simultané du prolongement médullaire de multiples ganglions intervertébraux dans les premiers temps de la vie extra-utérine. (*Archives italiennes de biologie*, L, f. 2, p. 215.) — **Abundo** (**G. d'**). Di nuovo sul potere rigenerativo del prolungamento midollare dei gangli intervertebrali nei primi tempi della vita extra-uterina. (Pouvoir régénératif du prolongement médullaire des ganglions intervertébraux dans les premiers temps de la vie extra-utérine.) (*R. I. N.*, II, f. 7, juill. 1909, p. 289.)

NERF OLFACTIF. — **Sulze** (**Walter**). Ueber die elektrische Reaktion des Nervus olfactorius des Hechtes auf Doppelreizung. (Réaction électrique du nerf olfactif du brochet par double excitation. (*I. D.*, Leipzig, 1909.)

N. PNEUMOGASTRIQUE. — **N. RÉCURRENT.** — **Brœckaert**. Le récurrent est-il un nerf exclusivement moteur. (*Congrès de la Soc. franc. de laryngol.*, 13 mai 1909.) — **Stewart**. The influence of the temperature of the heart on the activity of the vagus in the tortoise. (*A. J. Ph.*, XXIV, n° 3, 1909, p. 341.) — V. **Nerfs du cœur**.

N. SYMPATHIQUE. — **Michailow**. Versuch einer systematischer Untersuchung der Leitungsbahnen des sympathischen Nervensystems. (*P. A.*, CXXVIII, f. 6, 7, 8, 9, 1909, p. 283.) — Voyez suivants et **glandes à sécrétion interne**.

N. DE L'IRIS. — **Trendenlenburg** (**W.**). et **Bumke** (**O.**). Experimentelle Untersuchungen über die centralen Wege der Pupillenfasern des Sympathicus. (Recherches expérimentales sur les voies centrales des filets pupillaires du sympathique.) (*XXIV. Versamml. der südwestdeutschen Neurol. u. Irrenärzte*, in Baden-Baden, 22 mai. *N. C.*, 13, p. 730.)

N. DU CŒUR. — **Fofanoff**. Sur la physiologie du nerf dépresseur. (*Moniteur* (*russe*) *neurologique*, f. 1, 1909.) — **Tcharoussoff**. Rapports du nerf dépresseur avec les centres vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs. (*Moniteur* (*russe*) *neurologique*, f. 1, 1909.) — **Fahr**. Ueber die Ganglien des menschlichen Herzens. (Sur les glanglions du cœur humain.) (*Biologische Abteilung des ärztlichen Vereins in Hamburg*, 30 mai 1909, *M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1509.) — **Wiggers**. Innervation of the coronary vessels. (*A. J. Ph.*, 1er juillet 1909, p. 391.) — **Busquet** et **Pachon** (**P.**). Mécanisme général et cause immédiate de la suppression fonctionnelle de l'inhibition cardiaque pendant l'irrigation du cœur avec les solutions isotoniques des sels de sodium. (C. R. S. B., LXVI, n° 21, 18 juin, p. 958.) — **Gimaux**. De la réanimation du cœur. (*Th. Bordeaux*, 18 juillet 1909.)

N. DE L'ESTOMAC. — **Lapicque (Louis et Marcelle.)**. Excitabilité électrique de l estomac de la grenouille. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 27, 30 juillet 1909, p. 283.)

N. SÉCRÉTEURS. — **Wertheimer et Battez**. Action de l'atropine sur les filets excito-salivaires du sympathique chez le lapin. (*C. R. S. B.*, 25 juin 1909, p. 1018.)

ORGANES DES SENS. — SENSATIONS

VISION. — **Müller (Paul)**. Einige Beobachtungen in die sekündere Erregung nach kurzer Reizung des Sehörgans. (Quelques remarques sur l'excitation secondaire après courte stimulation de l'organe de la vue.) (*I. D., Kiel*, 1909. *A. G. P.*, XIV, f. 3, 4, 1909, p. 358.) — **Quidor**. Études stéréoscopiques et contribution à la physiologie des phénomènes visuels. (*A. Oc.*, juin et juillet 1909, p. 404 et 15.) — **Basler**. Ueber das Sehen von Bewegungen. IV. Weitere Beobachtungen über die Wahrnehmung kleinster Bewegungen. (*P. A.*, CXXVIII, f. 6, 7, 8, 9, 1909, p. 427.) — **Harrison**. An effort to determine the sensory path from the ocular muscles. (*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, avril 1909, p. 113.) — **Minor (von A.)**. Ueber die Gefälligkeit der Stättigungsstufen der Farben. (*Z. P. P.*, L. 1909.) — **Watron (John B.)** Some experiments bearing upon colour vision in monkeys. (Quelques expériences sur la vision de la couleur chez les singes. (*J. C. N. P.*, avril 1909, p. 1.) — **Waller**. On the nature of the photo-electrical response of the frog's retina. (Nature de la réponse électrique de la rétine de la grenouille. (*Q. J. E. P.*, II, n° 2, 1909, p. 169.)

AUDITION. — **Schaefer (K. L.)**. Die subjektiven Töne und Geräusche, physiologisch-theoretisch betrachtet. (*XVIII Versammlung der Deutsch Otologis. Gesells*, 28 et 29 mai 1909.)

APPAREIL VESTIBULAIRE. — **Barany**. Vestibularapparat und Gleichgewicht. (Appareil vestibulaire et équilibre. (*XVIII Versammlung der Deutsch. Otologis. Gesells*, 28 et 29 mai 1909.) — **Sydney Scott**. The problem of vertigo some new data obtained in a research into the functions of the semicircular canals in relation to movements of the eyeball in the human subject. (Problème du vertige. Quelques nouvelles données obtenues par la recherche des fonctions des canaux semi-circulaires en relation avec les mouvements des globes oculaires. (*Proc. Roy. Soc.*, avril 1909, p. 41.) — **Mermod**. Sur les rapports existant entre l'intégrité des labyrinthes et la statique des globes oculaires. (*Soc. vaudoise de médecine*, 4 avril 1909.)

SENSIBILITÉ CUTANÉE. — **Franz (S. J.)**. Sensations following nerve division. I : The pressure-like sensations. (Sensations après section du nerf. I. Sensations de pression. (*J. C. N. P.*, avril 1909, p. 107. II. *Ibid.*, juin, p. 215.) — **Quidor (M. A.)**. De la sensation du relief. (*Académie des sciences*, 5 juillet 1909.)

SENSIBILITÉ DES ORGANES VISCÉRAUX. — **Meumann**. Weiteres zur Frage der Sensibilität der inneren Organe und der Bedeutung der Organempfindungen. (Sensibilité des organes internes. (*A. G. P.*, XIV, f. 3, 4, 1909, p. 279.)

SENS MUSCULAIRE. — **Reichardt**. Sens musculaire. (*Arb. aus. d. psych. Klin. zu Würzburg* f. 4.)

ANESTHÉSIE MÉDULLAIRE. — **Don (Alexander.)** Notes on twenty cases of spinal anœsthesia with stovaine. (*E. M. J.*, II, n° 6, juin 1909, p. 546.) — **Ponzo**. Ueber die Wirkung des Stovains und die Organe des Geschmacks, der Hautempfindung, des Geruchs und des Gehörs, etc. Action de la stovaine sur les divers sens. (*A. G. P.*, XIV, f. 3-4, 1909, p. 389.) — **Jonesco et Jiano**. Totalanësthesie mittels Injection in das Rückenmark. (*Ther. Monasth.*, mai 1909, p. 259.) — **Jonnescu**. Rachianesthesie générale. (*Rev. de chirurgie* (roumaine), février 1909.) — **Waters**. Observations on spinal analgesia. (*Indian. med. gaz.*, mai 1909, p. 165.) — **Tietz (Salo)**. Ueber Rückenmarksanäthesie. (*I. D.* Leipzig, janvier-février, 1909.) — **Zahradnicky**. Ueber die Erfolge der Medullaranästhesie, sperziell bei Laparatomien. (*A. K. C.*, LXXXIX, f. 2.) — **Mayer (A.)**. Trophoneurotische Erscheinungen nach Lumbalanästhesie. (*Hegars Beitrage zur Geburtshilfe und Gynäkologie*, XIV, f. 1, G. Thieme, Leipzig, 1908.) — **Hoffmann (W.)**. Sind die zur Lumbalanästhesie verwandten Tropakokain. — Suprarenin und Novokain. — Suprarenintabletten sterile? (L'union de la suprarénine à la tropacocaïne et à la novocaïne est-elle stérile pour l'anesthesie lombaire.) *D. M. W.*, n° 26, 1909.) — **Flath**. Wert der Lumbalanästhesie für die militärärztliche Praxis. (*D. M. Z.*, f. 8, 1909.)

ANESTHÉSIE LOCALE. — **Braun (H.)** Die Lokalanästhesie im Krankenhaus nebst Bemerkungen über die Technik der örtlichen Anästhesierung. (*Beiträge z. Klinsch. Chirur.*, LXII, f. 3, 1909.) — **Lewy**. Ueber Lokalanästhesie. (*Aeztlicher Verein in Nürnberg*, 4 mars 1909. — **Rouveix**. Anesthésie de la pulpe et de la dentine par injection sous-muqueuse profonde d'une solution d'anesthésique associé à l'adrénaline. (*Th. Paris*, 16 juillet, 1909.) — **Littaur (E.)** Erfahrungen mit Eusemin. (*D. M. W.*, n° 29, 1909.)

PHYSIOLOGIE COMPARÉE

Botezat. Die sensiblen Nervenen lapparate in den Hornpapillen der Vögel im Zusammenhang

mit Studien zur vergleichenden Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane. (*A. A.*, 24 juin 1909, p. 441.) — **Winterstein** (Reaktion auf Schallreize bei Tieren ohne Gehörorgan. (Réaction aux excitations sonores des animaux sans organe de l'ouïe.) *Z. P. P.*, n° 24, 1908.) — **Coghill.** The reaction to tactile stimuli and the development of the swimming movement in embryos of diemyctylus torosus, Eschscholtz. (Reaction aux stimulus tactiles et développement des mouvements de nage chez l'embryon du Diemyctylus torosus (E.) *J. C. N. P.*, avril 1909, p. 83.) — **Sheldon.** The reactions of the dogfish to chemical stimuli. (*J. C. N. P.*, juin 1909, n° 273.). — **Bohn** (**Georges.**) A propos des lois de l'excitation par la lumière, IV. Sur les changements périodiques du signe des réactions. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 24, 9 juillet 1909, p. 4.) — **Jennings** (**H. S.**). The work of J. von Uexküll on the physiology of movements and behaviour. (*J. C. N. P.*, juin 1909, p. 313.)

SOMMEIL

Samuely. Ueber Bewusstseinsvorgänge im Schlafe und im Traume. (*Ztschr. f. Psychother.*, I, f. 3, 1909, p. 150.) — **Farquharson** (**Robert**). Le sommeil et le besoin de sommeil. (*B. M. J.*, n° 2513, 27 février 1909, p. 522.) — **Tournay.** L'homme endormi. Essai d'une introduction historique et critique à la séméiologie du sommeil naturel. (*Thèse de Paris*, 21 juillet 1909.) — **Bérillon** (Le centre du réveil, interprétation anatomo-physiologique de l'hypnotisme. (*R. H.*, XXIII, n° 11, mai 1909, p. 329.) — V. **Psychiatrie** : psycho-analyse.

NARCOSE. — **Auerbach** (**Leopold**). Histologische demonstration von physikalischen Veränderungen am narkotisierten Nerven. (Démonstration histologique des modifications physiques des nerfs narcosés.) (*XXIV. Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte* in Baden-Baden, 22-23 mai, *N. C.*, 13, p. 729.) — **Johnston** (**C.-H.**). The role of sensations and feelings under ether. (Rôle des sensations et perceptions sous l'éther.) (*J. A. Ps.*, avril-mai 1909, p. 7.) — **Iliesco** (**G.**). Sur le mécanisme d'action de la scopolamine quand elle est associée au chloroforme. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 25, 16 juillet 1909, p. 141.) — **Nerking** (**J.**). Narkose und Lezithin. (*M. M. W.*, LVII, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1475.) — **Champ.** De l'anesthésie par le melange de Schleich. (*Thèse de Paris*, 20 juillet 1909.)

PSYCHOLOGIE

GÉNÉRALITÉS. — **James** (**William**). Précis de psychologie. (*Marcel Rivière*, Paris, 1909.) — **Paulhan.** Sur la synthèse psychique et la finalité. (*R. Ph.*, XXXIV, n° 8, août 1909, p. 193.) — **Philippe** (**Jean**). Pour et contre la psychophysique. (*R. Ph.*, XXXIV, n° 8, août 1909, p. 113.) — **Judd.** Psychology, a general introduction. (*Fisher Unwin*, London, 1908.) — **W. v. Bechterew.** Die objektive Psychologie und ihre Begründung. (La psychologie objective et ses fondements.) (*Journal f. Psychol. u. neurol.*, XIV, f. 1-2, mai 1909, p. 16.) — **Lefèvre** (**L.**). Essai sur la physiologie de l'esprit. (*I. S.*, XXII, n° 2, mars-avril 1909, p. 153.) — **Stcherbak.** Recherches neurobiologiques de psychologie expérimentale. (*Ar. N.*, avril 1909, p. 239.) — **Cyon** (**E. von**). Leib, Seele und Geist. Versuch einer physiologischen Differenzierung der psychischen Functionen. (*P. A.*, CXXVII, f. 11-12, 1909, p. 533.) — **Wirth.** Die probleme der psychologischen Studien von Theodor Lipps. (*A. G. P.*, XIV, f. 3-4, 1909, p. 217.) — **Binet** (**A.**). L'année psychologique. Quinzième année. (*Masson et Cie*, Paris, 1909.) — **Morton** (**Prince**). The unconscious. (Conclusion.) (*J. A. Ps.*, avril-mai 1909, p. 36.) — **Matisse.** L'intelligence et le cerveau. (*Blais et Roy*, Paris, 1909.) — **Reibmayr** (**Albert**). Die Entwicklungs-geschichte des Talentes und Genies. (*Lehmann's*, München, 1909.) — **Jas. Kiernan.** Is genius a sport, a neurosis, or a child potentiality developed. (*A. et N.*, XXX, n° 2, mai 1909, p. 167.) — **Vailati** (**G.**) et **Calderoni** (**M.**). Il pragmatismo e i vari modi di non dir niente. (*R. P. A.*, V, n° 4, juillet-août 1909, p. 264.) — **Padovan.** Le origini del genio. (*Hoepli*, Milano, 1909.) — **Herz** (**H.**). Energie und seelische Richtkräfte. (*Akadem. Verlagsges*, Leipzig.) — **Piéron** (**H.**). L'anthropologie psychologique, son objet et sa méthode. (*Revue de l'École d'anthropologie de Paris*, XIX, n° 4, avril 1909, p. 113.) — **Haeckel.** Zellseelen und Seelenzelle. (*Kröner*, Leipzig, 1909.)

TECHNIQUE PSYCHOLOGIQUE. — **Judd.** Laboratory equipment for psychological experiments. (*Fisher Unwin*, London, 1908.) — **Hanselmann** (**Heinrich**). Die Methode der richtigen und falschen Fälle mit « virtuellem Grundreiz ». (*M. P. N.*, XXVI, f. 2, août 1909, p. 155.) — **Tedeschi.** L'abitudine nella valutazione. (*R. P. A.*, V, n° 2, mars-avril 1909, p. 144.) — **Titchener** (**E.-B.**). A demonstrational color pyramid. (*A. J. Ps.*, XX, n° 1, janvier 1909, p. 15.) — **Bolte.** Eine einfache Methode der Auffassungsprüfung. (*44 Wanderversammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens in Hannover.* S. du 1er mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 669.) — V. **Attention**; **Psychiatrie** : psycho-analyse.

MÉMOIRE. — **Piéron** (**Henri**). Studio sperimentale della memoria negli animali inferiori. (*R. P. A.*, V, n° 4, juillet-août 1909, p. 286.)

ATTENTION. — **Vaschide** et **Meunier.** La technique de l'attention (*fin*). (*Ar. N.*, I, n° 5, mai 1909, p. 304.)

MOUVEMENT. — **Decroly.** L'imitation dans la psychogenèse du mouvement et du langage. (*J. N.*, XIV, n° 14, 20 juillet 1909, p. 261.) — **Bechterew.** Ueber die reproduktive und assoziative Reaktion bei den Bewegungen. (*Zetschr. f. Psychoter. u. med. Psychol.*, I, f. I, 1909, p. 6.)

LANGAGE. — **Shaw Bolton.** Psycho-physiology of the human cerebrum and its bearing on the recently published researches of Pierre Marie on aphasia. (*L. M. C. J.*, juillet 1909, p. 224.) — **Saint-Paul (G.).** Les bases psychologiques de l'élocution oratoire. (*R. Ph.*, XXXIV, n° 6, juin 1909, p. 597.) — **Scheier (Max).** Zur physiologie der Stimme und Sprache. (*B. K. W.*, XLVI, n° 23, 7 juin 1909, p. 1069.) — **Trebs.** Die Harmonie der Vokale. (*A. G. P.*, XIV, f. 3-4, 1909, p. 311.) — V. **Psychologie** : mouvement; **Séméiologie** : aphasie.

AFFECTIVITÉ. — **Taizo Nakashima.** Contributions to the study of the affective processes. (*A. J. Ps.*, XX, n° 2, avril 1909, p. 157.) — **Ribot (Th.).** Sur la nature du plaisir. (*R. Ph.*, XXXIV, n° 8, août 1909, p. 180.)

ESTHÉTIQUE. — **Laurila.** Ist der ästhetische Eindruck aus einer oder mehreren Quellen abzuleiten? (*Arch. f. d. ges. Psych.*, XV, f. 1, 2, 1909, p. 112.)

PSYCHOLOGIE INFANTILE. — **Cramaussel (E.).** Le premier éveil intellectuel de l'enfant. (*Felix Alcan*, Paris, 1909.) — **Stern (Clara und Williams.)** Erinnerung, Aussage und Lüge in der ersten Kindheit. (*Barth.* Leipzig, 1909.) — **Bayerthal.** Kopfgrösse und Intelligenz un schulpflichtigen Alter. (Grosseur de la tête et intelligence dans l'âge scolaire. (*XXXIV. Wanderversammlung der südwestdeutsc. Neurolog. u. Irrenärzte in Baden-Baden.* S. du 22-23 mai 1909, *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 657.) — **Whipple.** The vocabulary of a three-year-old boy, with some interpretive comments. (*Pedag. Seminary.*, mars 1909, p. 1.) — **Parri (F.). et Pellottieri (A.).** Pedagogia e tirocino. (*Bemporad*, Firenze, 1909.) — **Barthas (Mme).** L'enseignement scolaire de la puériculture. (*Th. Paris.*, 23 juillet 1909.) — **Ausset.** Morale sexuelle à l'école. (*P. P.*, 15 juin 1909.)

PSYCHOLOGIE SOCIALE. — **Ruta (E.).** La psiche sociale. (*Saudron*, Milano, 1909.) — **Marie (A. A.).** La psychologie collective (normale et morbide comparées.) — (*Masson et Cie.*, Paris, 1909.) — **Brugeilles.** L'idéalisme social. (*R. Ph.*, XXXIV, n° 8, août 1909, p. 150.) — **Schlesinger.** Der Begriff des Ideals. Systematisch-psychologische Darstellung und Würdigung der bisherigen Idealtheorien. (*A. G. Ps.*, XV, f. 1, 2, 1909, p. 137.) — **Keller.** Stillwille und Stillmöglichkeit in den unteren Volksschichten. (*W. K. W.*, n° 18, 1909.) — **Lessing.** Ueber Psychologie des Lärms. (*Ztschr. f. Psychoter. u. med. Psychol.*, I, f. 2, 1909, p. 77.) — **Saleeby.** Psychology of parenthood. (*Eugenics rev.*, avril 1909, p. 37.) — **Jung.** Die Bedeutung des Vaters für das Schicksal des Einzelen. (*Jahrb. f. psychoanal Erforsch.*, I, f. 1, 1909, p. 155.) — **Rogers.** Medical psychology. (*J. A. M. A.*, 12 juin 1909, p. 1922.) — **Ahmed Chérif.** Étude psychologique sur l'Islam. (*Annales med. psychol.*, mai-juin 1909.)

PSYCHOLOGIE RELIGIEUSE. — **Georg Runze.** Religion und Geschlechtsliebe. (*Carl Marhold*, Halle, 1909.) — **Spir (A.).** Moralität und Religion. (*Barth*, Leipzig, 1909.) — **Portigliotti.** S. Francesco d'Assisi e le epidemie mistiche del medio evo. (*Sandron*, Milano, 1909.) — **Abraham (K.).** Traum und Mythus. (*Deuticke*, Leipzig et Wien.)

PSYCHOLOGIE COMPARÉE. — **Wallace Craig.** The expressions of emotion in the pigeons. (*J. C. N. P.*, avril 1909, p. 29.) — **Yerkes.** Modifiability of behaviour in its relations to the age and sex of the dancing mouse. (*J. C. N. P.*, juin 1909, p. 237.) — **Leuba (J. H.).** On three types of behavior.) (*A. J. Ps.*, XX, n° 1, janvier 1909, p. 107.) — V. **Physiologie comparée.**

GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE.

GÉNÉRALITÉS. — **Parhon et Goldstein.** Les sécrétions internes. (*Maloine*, Paris, 1909.) — **Falta (W.).** Weitere Mitteilungen über die Wechselwirkung der Drüsen mit innerer Sekretion. (*Aus den Wiener mediz. Gesells.*, K. K. Gesells. der Aerzte.

HYPOPHYSE. — **Reford et Cushing.** Is the pituitary gland essantial to the maintenance of life? (La glande pituitaire est-elle essentielle à la vie. (*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, avril 1909, p. 105.) — **Von Frankl-Hochwart et Frohlich (A.).** Zur Kenntnis der Wirkung des Hypophysins auf das sympatische und autonome Nervensystem. (Effet de l'hypophysine sur le système nerveux sympathique et autonome. (*K. K. Gesells der Aerzte in Wien.*, 25 juin.) — **Allers (Rudolf.)** — Zur Kenntiss der wirksamen Substanz in der Hypophysis. (Substance active de l'hypophyse. (*M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1474.) — **Parisot (J.).** Recherches sur la toxicité de l'extrait d'hypophyse. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 24, 9 juillet 1909, p. 71.) — **Clairmont et Ehrlich.** Ueber Transplantation der Hypophyse in die Milz von Versuchstieren. (Transplantation de l'hypophyse dans la rate. (*A. K. C.*, LXXXIX, f. 3, 1909, p. 596.)

THYROIDE. — **Casagli (F.).** Sulla funzione secretiva delle cellule epiteliali della tiroide, in rapporto alla simpaticectomia cervicale. (*P. Sez. chirur.*, XVI, f. 6, juin, 1909, p. 241.) — **Froin (Albert).** Animaux éthyroïdés et sels de calcium et de magnésium. (*Académie des sciences*,

14 juin 1909. — **Frouin (Albert.)**. Sur la possibilité de conserver les animaux, après ablation complète de l'appareil thyroïdien, en ajoutant des sels de calcium ou de magnésium à leur nourriture. (*Ps. M.*, n° 62, 4 août 1909, p. 553. — **Marinesco (G.)** et **Parhon (C.)**. L'influence de la thyroïdectomie sur la survie des animaux en état d'inanition. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 25, 16 juillet 1909, p. 146 et n° 27, 30 juillet, p. 306.) — **Denker**. Schilddrüse und Gehörorgan. (Corps thyroïde et organe auditif.) (*XVIII. Versammlung der Deutsc. Otologis, Gesells.*, 28 et 29 mai 1909.) — **Duvaldestein**. Tension artérielle et corps thyroïde. (*Th. Paris.*, 24 juillet 1909.) — **Carraro (Arturo.)**. Ueber Schilddrüsenverpflangunhen in verschiedene Organe. (Transplantation du corps thyroïde dans les différents organes. (*D. Z. C.*, XCVII, f. 3, 4 février 1909.)

PARATHYROIDES. — **Thompson, Leighton** et **Swarts**. Transplantation of the parathyroid glandules. with special reference to the result of bone operation on tetany parathyreopriva. (*Jour. med. research.*, juillet 1909, p. 135.) — **Kreidl**. Ablation successive chez le chat d'une portion du corps thyroïde d'une partie des parathyroïdes des champs moteurs des circonvolutions, et du lobe occipital droit. (*K-K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 11 juin 1909.) — **Thompson, Leigthon** et **Swarts**. Ligation of the parathyroïd artery in the dog. (*Jour. med. research., juillet 1909*, p. 125.) — V. **Maladie de Parkinson. Eclampsie. Thymus.**

THYMUS. — **Gley (E.)**. Glande thyroïde et thymus (*C. R. S. B.*, LXVI, 22, 25 juin, p. 1017.) — **Jeandelize (L.) Lucien (M.)**. et **Parisot (J.)**. Modifications du poids du thymus après la thyroïdectomie chez le lapin. (*C. R. S. B.*, LXVI, 20, 11 juin, p. 941.) — **Ranzi** et **Tandler**. Extirpation du thymus. (*K K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 25 juin.) — **Aubertin (Ch.)** et **Bordet (C.)**. Action des rayons X sur le thymus. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 23, 2 juillet 1901, p. 109.)

SURRÉNALES. — **Gautrelet (Jean)** et **Thomas (Louis.)** Action hypotensive du sérum de chien privé de surrénale. (*Académie des sciences*, 12 juin 1909.) — **Gautrelet (Jean)** et **Thomas (Louis.)** Contribution à l'étude du cœur et de la pression artérielle chez le chien décapsulé. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 26, 23 juillet 1909, p. 231.) — **Gautrelet (Jean)** et **Thomas (Louis)**. Chez le chien décapsulé l'excitation du splanchnique ne produit pas de glycosurie. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 26, 23 juillet 1909, p. 233.) — **Gautrelet (J.)** et **Thomas (L.)**. La respiration après ablation des surrénales. La polypnée est-elle possible? (*C. R. S. B.*, 22, 25 juin, p. 1042.) — **Waterman (N.)**. Sur la recherche des produits des surrénales dans le sang et l'urine. (*Ned. Tijdschr. voor Geneesk. I*, n° 22.) — **Glaessner (K.)**. et **Pick (E. P.)**. Untersuchungen über die gegenseitige Beeinflussung von Pankreas und Nebennieren. (influence du pancréas sur les surrénales.) (*Z. E. P.*, VI, f. 2. 1909.) — **Busquet** et **Pachon**. Addition d'effets hypertenseurs de choline et d'adrénaline. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 27, 30 juillet 1909, p. 277.) — **Lermoyez** et **Aubertin**. Sur la toxicité de l'adrénaline introduite par une voie nasale. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1052.) — **Wessely (Karl)**. Zur Wirkung des Adrenalins auf das enukleierte Froschauge und die isolierte Warmblüteriris. (Action de l'adrénaline sur l'œil enucléé de la grenouille et sur l'iris isolé des animaux à sang chaud.) (*D. M. W.*, n° 23, 1909.) — **Falk (F.)**. Weitere Untersuchungen zur Frage der Adrenalinarteriosklersose und deren experimenteller Beeinflussung. (Recherches sur la question de l'artériosclérose par adrénaline.) (*W. K. W.*, n° 23, 1909.) — **Raineri (G.)**. Les capsules surrénales en rapport avec l'ovariectomie, l'ovarohystérectomie et l'hystérectomie. (*Folia ginaecol*, I, f. 2.) — **Pende**. Sull' innesto delle glandole soprarenali. (Sur la greffe de la surrénale.) (*Accad. med. di Roma*, 27 juin 1909.)

FOIE. — **Busquet (H.)**. et **Pachon (V.)**. Sur l'action vaso-constrictive de la choline. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 26, 23 juillet 1909, p. 218.) — **Chevalier**. Sur l'action de la choline. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 27, 30 juillet 1909, p. 251.) — V. **Surrénales.**

OVAIRE. — **Ancel**. Corps jaunes, menstruation rut et gestation. (*L. M.*, n° 20, 16 mai, p. 1003.) — **Regaud (Cl.)**. et **Dubreuil (G.)**. Effets de la rupture artificielle des follicules de l'ovaire, au point de vue de la formation des corps jaunes chez la lapine. (*C. R. S. B.* LXVII, n° 26, 23 juillet 1909, p. 166.) — **Brown**. Menstruation normale malgré l'absence de corps utérin. (*L.*, 4437, 22 mai.) — **Rossi Doria (T.)**. Ueber das Alter der ersten Menstruation in Italien, und über ein Verhältnis, welches zwischen demselben und der Entwickluhg des Beckens besteht. (Sur l'âge de la première menstrue en Italie, et sur un rapport qui existe entre celui-ci et le développement du bassin.) (*A. G.*, LXXXVI, f. 3, 1909.) — **Cramer**. Transplantation der Ovarien. (*XIII Kongress der Deust. Gesells. f. Geburtshilfe u. Gynakologie*, 5 juin 1909.) — V. **Surrénales.**

PROCÉDÉS D'EXAMEN CLINIQUE

RÉFLEXES

RÉFLEXES TENDINEUX. — **Giannelli (A.)**. Sulla mancanza del riflesso rotuleo nei sani. (Sur l'absence du réflexe rotulien chez le sujet sain, (*Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma*,

11 mai 1909.) — **Wohlwill** (**Friedr.**) Ueber funktionnell bedingtes Fehlen der Patellarreflexe. (Sur l'absence du réflexe patellaire de cause fonctionnelle.) (*N. C.*, XXVIII, n° 11, 1er juin 1909, p. 567.) — **Obregia** et **Shunda** (**A.**). Sur l'épuisement des réflexes achilléens et rotuliens. (Réaction d'épuisement.) (*C. R. S. B.*, LXVIII, n° 25, 16 juillet 1909, p. 147.) — **Ronsenthal.** (**Johannes.**) Ueber Sehnenüberpflanzung bei zwei Fällen von zerebraler Kinderlähmung. Beitrag zur Kasuistik der Lehre von den Sehnenüberpflanzungen. (*I. D.*, Leipzig, 1909.) — **Sherrington.** On plastic tonus and proprioceptive reflexes. (*Q. J. E. P.*, II, n° 2, 1909, p. 109.) — **Noïca.** Rapport entre les mouvements associés psamodiques et les réflexes tendineux périostiques. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909, *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 649.) — **Keller** (**Koloman**). Die Bedeutung des Adduktorenreflexes. (Signification du réflexe des adducteurs.) (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1, 2, 25 juillet 1909, p. 49.) — **Frey.** Schüller's infraspinatus reflexe. *Budapest. Kon Arztever*, 18 janv.). — V. **Hystérie** : E. Levi. Babinski. **Méningites** : Greco.

RÉFLEXES CUTANÉS. — **Busch** (**Karl.**) Der epigastrische Reflex bei Tabes und multipler Sklerose. (Le réflexe épigastrique dans le tabes et la sclérose en plaques.) (*I. D.*, Berlin, juin 1909.) — **Monakow** (**V.**). Ueber den äusseren und den inneren « Fussrandreflex ». (Réflexe du bord du pied externe et interne.) (*Neurologisch-psychiatrische Gesells. in Zürich.* — S., 15 mai 1909, *N. C.*, XXVIII, n° 12, 15 juin 1909, p. 671.) — **Brown** (**Graham**). The « Anaestetic scratch » in Guinea-pigs. (*J. Ph.*, 2 juillet 1909, p. 8 .) — **Brown** (**Graham**). A scratch-reflex in Guinea-pigs after removal of parts the cerebral cortex. (*J. Ph.*, 2 juillet 1909, p. 86.)

RÉFLEXES PUPILLAIRES. — **Magitot** (**A.**). A quel moment de la vie est succeptible de se produire pour la premiere fois le réflexe pupillaire à la lumière. (*Ps. M.*, n° 58, 21 juillet 1909, p. 516.) — **Lafon** (**Th.**). Les troubles asthéniques de la pupille. (*G. S. M. B.*, 4 juillet 1909.) — **Da Costa Ferreira.** Disparition du signe d'Argyll-Roberston. (*J. Pr.*, 24 avril 1909, p. 264.) — **Hesse** (**Robert**). Studien über die hémiopische Pupillenreaktion und die Ausdehnung des pupillomotorischen Bezirkes der Netzhaut. (Étude sur la réaction pupillaire hémiopique et l'extension du territoire pupillo-moteur de la rétine.) (*K. M. A.*, XLVII, 1909, p. 33.) — **Laas.** Verengerung einers lichtstarren Pupille durch Dioninеinstreuung in das andere Auge. (Contraction d'une pupille insensible à la lumière, par instillation de dionine dans l'autre œil.) (*D. M. W.*, 17.) — **Kanngiesser** (**Friedrich**). Vergleichsuntersuchungen zwischen der Licht- und Konvergenzmiosis, zwischen der Atropin-und Eserinwirkung auf Iris und Ziliarmuskel nebst Bemerkungen über die Form der Pupille. (*I. D.*, Leipzig, 1909.) — **D'Hôtel** (**Georges**). La valeur psychologique du signe pupillaire. (*Soc. d'hypnologie et de psychologie*, 18 mai 1909, *R. H.*, XXIII, n° 12, juin 1909, p. 369.) — V. **Lésions pédonculaires** : **Guillain. Stupeur catatonique** : Westphal.

RÉFLEXES SECRÉTOIRES. — **Kidd** (**Léonard-J.**). Les réflexes lacrymaux ; la sensibilité à la pression de la tête et du cou. La sensibilité de la langue à la pression. (*R. N. P.*, VII, n° 3, mars 1909.)

RECHERCHE DE LA SENSIBILITÉ

SENSIBILITÉ TACTILE. — **Tinel.** Diagnostic des anesthésies par l'exploration au diapason. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909.) (*R. N.*, XXII, n° 10, 30 mai 1909, p. 634.)

VISION. — **Terson.** Echelle pour l'examen visuel (Recherche de la simulation.) (*Revue clinique*, II, n° 3, 1er août 1909, p. 183.) — **Guilloz** (**Th.**). Sur les principes auxquels doivent satisfaire les photomètres à acuité visuelle. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 24, 9 juillet 1909, p. 63.) — **Guilloz** (**Th.**). Nouveau photomètre à acuité visuelle. (*Ibid.*, p. 65.)

AUDITION. APPAREIL VESTIBULAIRE. — **Bárány.** Neue Stimmgabeluntersuchungen und Methoden der Funktionsprüfung. (*XVIII. Versamml. der. Deutsch. otolog. gesell.*, 28-29 mai 1909.) — **Moure** et **Cauzard.** Rapport de l'examen fonctionnel du labyrinthe. (*Congrès de la Soc. française de laryngologie, d'otol. etc.*, 12 mai 1909. *A. I. L.*, n° 3 suppl., p. 1122.) — V. **Nystagmus. Lésions de l'oreille interne.**

OPHTHALMOSCOPIE

Cushing et **Bordley.** Observations on experimentally induced choked disc. (Observations sur le « choked disc » obtenu expérimentalement.) (*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, avril 1909, p. 95.) — V. **Paralysie générale, Méningites, tumeurs cérébrales, névrite optique.**

PONCTION LOMBAIRE. LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.

Dupouy (**R.**). Présentation d'une aiguille à ponction lombaire. (*Soc. de spychiatrie*, 24 juin 1909. *E.*, IV, n° 7, 10 juill. 1909, p. 78.) — **Eichelberg** et **Pfortner.** Die praktische Verwertbarkeit der verschiedenen Untersuchungsmethoden des Liquor cerebrospinalis für die Diagnostik der Geistes-und Nervenkrankheiten. (Importance des diverses méthodes d'examen du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic des maladies nerveuses et mentales. (*M. P. N.*, XXV,

f. 6, juin 1909, p. 485.) — **Eichelberg**. Die Bedeutung der cytologischen, chemischen und serologischen Untersuchungen der Spinalflüssigkeit für die Diagnostik der Erkrankungen des Centralnervensystems (Importance de l'examen cytologique, chimique et seroligique du liq. céphalo-rachidien pour le diagnostic, des affections du système nerveux central. (*44. Wanderversammlung des Vereins der Irrenarzte Niedersachsens u. Westfalens in. Hannover*. S. du 1er mai 1909. (*N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 670.) — **Bielstrom**. Importance diagnostique de la ponction lombaire, principalement dans la paralysie progressive. (*Hygiène*, mars 1909.) — **Achard** (**Ch**.). et **Ribot** (**A.**). Passage de l'iodure de potassium dans le liquide céphalo-rachidien normal. (*C. R. S. B.*, 20, 11 juin, p. 916.) — **Myers**. The cerebro-spinal fluid in certain forms of insanity, with special reference to the content of potassium (*Journ. biol. chem*, mai 1909, p. 115.) — **Meztrezat**. Contribution à l'étude chimique du liquide cérébro-rachidien. Remarques sur la nature du principe réducteur. (*J. P. P.*, 15 mai 1909, p. 408.) — **Crowe** (**S. J.**). On the excretion of hexamethylenamin (urotropin) in the cerebro-spinal fluid and its therapeutic value in meningitis. (*Bull. Jo'ins. Hopkins Hosp*, avril 1909, p. 102.) — **Kajuira**. Présence de choline dans le liquide céphalo-rachidien. (*J. A. M. A.*, 11.) — **Achard** et **Foix**. Pouvoir leuco-activant des séreuses. (*C. R. S. B.*, 21, 18 juin, p. 982.) — **Parisot** (**J.**). Hypertension céphalo-rachidienne et pression artérielle. (*C. R. S. B.*, LXVI, 20, 11 juin, p. 938.) — V. **Méningites, chorée** : A. Thomas et Tinel. **Démence précoce** : Harper Smith et Rae Gibson. **Urémie** : Mancini. **Thérapeutique**.

ÉLECTRO-DIAGNOSTIC

V. **Paralysie infantile**.

RÉFLEXE PSYCHO-GALVANIQUE. — **Knauer** (**A.**). Kritische Bemerkungen zu O. Veraguths Buch : « Das psycho-galvanische Reflexphänomen. » (*Journal f. psychol. u. neurol.*, XIV, f. 1, 2 mai 1909, p. 71.) — **Peterson** (**Frederick**) et **Scripture** (**E. W.**). Psycho-physical investigations with the galvanometer. (*N. Y. neurol. soc.*, 2 mars 1909. *J. N. M. D.*, XXXVI, n° 7, juill. 1909, p. 476.)

SÉRO-DIAGNOSTIC

V. **Syphilis. Psychoréaction**.

DIVERS

Harris (**Wilfrid**). A demonstration of cases of nervous diseases by means of the cinematograph. (*C. J.*, 2 juin 1909, p. 125.)

SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE

TROUBLES SENSITIFS ET SENSORIELS

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE. — **Cunningham**. A case of dissociated sensory disturbances, (Un cas de troubles dissociés de la sensibilité.) (*N. Y. Neur. Soc.*, 5 janvier 1909.) — **Sicard** (**J. A.**). Troubles de la sensibilité et accidents du travail. (*Ps. M.*, n° 59, 24 juillet 1909, p. 527.) — **Herringham**. Clinical lecture on hemianæsthesia of the dislocated form. (*C. J*, 12 mai 1909, p. 65.) — **Schenck v. Stauffenberg**. Zwei Fälle von Hemianästhesie ohne Motilitätsstörung (*I. D.*, München, avril 1909.) — **Trémolières** (**Fernand**). Hypéresthésies systématisées et troubles connexes. (*Ps. M.*, n° 60, 28 juillet 1909, p. 537.) — V. **Recherche de la sensibilité** : Tinel; **Apraxie** : Claude; **Aphasie** : Neisser.

DYSCHIRIE. — **Jones** (**Ernest.**). — The pathologie of dyschiria. (*R. N. P.*, VII, n° 8, août 1909, p. 499.)

AGNOSIE TACTILE. — **Vouters**. Sur l'agnosie tactile. (*Thèse de Paris*, 21 juillet 1909.)

ANESTHÉSIE DIPLOIQUE. — **Cavaroz**. Contribution à l'étude de l'anesthésie diploïque. (*Thèse de Paris*, 21 juillet 1909.)

AMAUROSE. — V. **Traumatisme cranien** : Inouye.

ANOPSIE CENTRALE. — **Fleischner**. Ueber zentrale Anopsien organischen Ursprungs. (Anopsies centrales de cause organique. (*I. D.*, Leipzig, avril 1909.)

HÉMIANOPSIE. — **Behr** Hémianopsie. *Archiv. fur Ophthalmologie.*, LXX, 2.) — **Stanculeanu** (**G.**). Sur un cas d'hémianopsie bitemporale. (*Arch. d'ophtal.*, mai 1909, p. 305.) — **Kraus**. Einseitiger horizontaler Hemianopsie. (Hémianopsie unilatérale horizontale.) (*Nurnberger mediz. Gesells, u. Poliklinik*, 15 avril 1909.)

AMBLYOPIE. — **Ravaut** (**Paul.**). **Gastinel** (**P.**). et **Velter** (**E.**). De l'effet de la ponction lombaire, sur certaines amblyopies. (G. H., 71, 24 juin 1909, p. 903.) — V. **Intoxications** : iodoforme, atoxil.

CINÉMATOPHTALMIES. — **Ginestous.** Les cinématophtalmies. (Troubles oculaires par cinéma.) (*G. S. M. B.*, n° 23, 1909.)

TROUBLES AUDITIFS. — **Ranjard.** Traitement de la surdité par la rééducation de l'oreille à l'aide de la sirène à voyelles. (*Tours médical*, juin 1909, p. 121.) — **Hegener (J.).** Klinik Pathologie und Thérapie der subjektiven Gehörsempfindungen. (*XVIII. Versammlung der Deutsc. otologis. Gesells.* 28 et 29 mai 1909.) — V. **Labyrinthites.**

TROUBLES DE LA MOTILITÉ

ATONIE. — **Lereboullet** et **Baudouin (A.).** Un cas de myatonie congénitale avec autopsie. (*B. S. H.*, XXVI, n° 20, 10 juin 1909, p. 1162.) — V. **Amyotrophies.**

PARALYSIES. — **Egger (Max.).** Paralysie du mouvement automatique avec conservation du mouvement volitionnel. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909, *R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 953.) — **Petrucci.** Note neuro-pathologique sur un cas de monoplégie traumatique brachiale droite publiée par les docteurs Jallot, Varangot et Charles Martin. (*Grassin*, Angers, 1909.) — **Vulpius (Oskar).** Zur Behandlung der Lähmungen an der oberen Extremität. (*M. M. W.*, LVI, n° 21, 25 mai 1909, p. 1065.) — V. **Hématomyélie** : Gott. **Paralysie infantile. Hystérie**, etc.

HÉMIPLÉGIE. — **West Samuel.** A clinical lecture on hemiplegia. (*C. J.*, 16 juin 1909, p. 149. — **Marie (A.).** Hémiplégie d'origine traumatique. (*Soc. cliniq. de méd. ment.*, 19 avril 1909.) (*R. Ps.*, XIII, n° 5, mai 1909, p. 300.) — **Frank (E.).** Ueber die organische Hemiplegie eines jungen Mädchens nach psychischem Trauma. (*B. K. W.*, XLVI, n° 25, 21 juin 1909, p. 1154.) — **Beevor (C. E.).** Remarks on paralysis of the movements of the trunk in hemiplegia and the muscles which are affected. (Remarques sur la paralysie des mouvements du tronc dans l'hémiplégie et sur les muscles atteints.) (*B. M. J.*, 10 avril 1909, p. 881.) — **Cacciapuoti (G. B.).** — Il cammino laterale nelle emiplegie. (La marche latérale dans l'hémiplégie.) (*An. N.*, XXVII, f. 1, 2, p. 71.) — **Schmalz.** Le voile du palais dans l'hémiplégie cérébrale. (*D. M. W.*, 4 mars 1909.) — **Binet.** Contribution à l'étude des hémiplégies homolatérales. (*Thèse de Paris*, 19 juillet 1909.) — **Pfeifer (B.).** Ueber residuäre Hemiplegie mit seltenen klonischen Phänomenen. (Hémiplégie résiduelle avec phénomène clonique rare.) (*M. P. N.*, XXV, f. 6, juin 1909, p. 511.) — **Parhon (C.).** et **Baiatu (J.).** Note sur un cas de rhumatisme chronique associé à l'hémiplégie. Prédominance des déformations du côté opposé à l'hémiplégie. (*Soc. de neur. de Paris*, 3 juin 1909). (*R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 806.) — V. **Intoxication par oxyde de carbone. Abcès cérébraux** : Roger. **Urémie. Apraxie** : Claude. **Migraine** : Renner. **Rire et pleurer spasmodiques.**

PARAPLÉGIE SPASMODIQUE. — **Spielmeyer (W.).** Spastische Lähmungen bei intakter Pyramidenbahn (intrakortikale Hemiplegie und Diplegie. (Paralysie spasmodique avec voie pyramidale intacte.) (*N. C.*, XXVIII, n° 15, 1er août 1909, p. 780.) — **Raymond** et **Rose (Félix).** Autopsie d'une malade atteinte de paraplégie spastique familiale. (*Soc. de neur. de Paris.*, 3 juin 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 781.) — **Noïca.** L'hyperexcitabilité tendineuse, la motilité volontaire et la contracture dans les cas de paraplégie spasmodique. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 949.) — **Rose (F.).** Le traitement chirurgical de la paraplégie spasmodique; l'opération de Förster. (*S. M.*, 7 juillet 1909, p. 313.) — V. **Hérédo-ataxie cérébelleuse.**

SYNDROME DE LITTLE. — **Claude (H.).** et **Schæffer (P.).** Diplégie cérébrale spasmodique de l'enfance ou symptômes associés. (*Soc. de neur. de Paris.*, 3 juin 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 796.) — **Dupérié (P.)** et **Bardon (G.).** Syndrome de Little. Pseudo-porencéphalie bilatérale. Sclérose cérébrale. (*Soc. anat. et physiol. normales et pathologiques de Bordeaux.*, 15 mars 1909.) (*J. M. Bo.*, XXXIX, n° 26, 27 juin 1909, p. 410.)

CONTRACTURE. — **Noïca.** Sur le type en extension du membre supérieur à l'état de contracture. (*Soc. de neur. de Paris.*, 6 mai 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 653). — **Münzenmaier (Ulrich.)** Uber Hypertonie. (*W. M. W.*, LIX, n°s 22 et 23, p. 1234 et 1311). — **Sciuti (M.).** Il sintomo di Kernig nelle malattie mentali. (*An. N.*, XXVII- f. 1, 2, p. 43.)

TORTICOLIS MENTAL. — **Brissaud** et **Bauer.** Torticolis mental traité par la rééducation psycho-motrice. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 940.) — **Sicard.** Traitement du torticolis mental de Brissaud. (Lunettes hémianopsiantes.) (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 938.)

MALADIE DE DUPUYTREN. — **Roudnew (W.).** Maladie de Dupuytren. (*I. S.*, XXII, n° 3, mai-juin 1909, p. 267.) — **Cardi (G.).** Sulla patogenesi della malattia di Dupuytren. (*R. P. N.*, XIV, f. 8, août 1909, p. 361.)

MALADIE DE VOLKMANN. — **Gardner (F.).** Rétraction des muscles après ischémie par compression. (Maladie de Wolkmann-Leser.) (*G. H.*, LXXXII, n° 80, 16 et 17 juillet 1909, p. 1015).

CLAUDICATION INTERMITTENTE. — **Tobias.** Ueber intermittierendes Hinken. (*M. K.* 4 juillet 1909, p. 1004.) — **Moutier.** Du traitement de la claudication intermittente et de la gangrène des extrémités inférieures par la d'Arsonvalisation. (*A. E. R.*, XII, n° 6, juin 1909, p. 361.)

TREMBLEMENT. — **Forest.** Akuter zerebraler Tremor des Kindesalters (Tremblement cérébral aigu de l'enfance). (*M. K. H.*, VIII, n° 2, mai 1909.) — **Miller (Reginald).** On certain cases of tremor occuring in children. (*Brain*, XXXII, 125, p. 54.) — **Müller (Chr.).** Untersuchungen über den statischen Tremor. (*Jahresversamm. des Vereins bayerischer Psychiater*, 1 et 2 juin 1909.)

NYSTAGMUS. — **Azéma.** Nystagmus-myoclonie. (*Pr. M.*, XXII, n° 27, 3 juillet 1909, p. 287.) — **Freystadtl.** Beitrag zur Untersuchung des calorischen Nystagmus. (*M. O.*, XLIII, f. 5, 1909, p. 32.) — **Maupetit (R.).** Du nystagmus rythmique provoqué. (*J. M. Bo.*, XXXIX, n° 29, 25 juillet 1909, p. 469.) **Buys.** Notation graphique du nystagmus vestibulaire pendant la rotation. (*Cong. de la Soc. franç. de laryngol.*, 13 mai 1909.) — **Wagener.** Nystagmus vestibulaire. (*M. K.*, n° 11.) — V. **Lésions labyrinthiques.**

MYOCLONIE. — **Lenoble (E.)** et **Aubineau (E.).** Un cas de névrose singulière familiale (myoclonie) avec glycosurie et crises épileptiformes. (*Soc. de neur. de Paris*, 3 juin 1909, p. 806. *R. N.*, XVII, n° 13, 15 juillet 1909, p. 817.) — **Bauer (F.).** Ueber Myoklonus und seine Beziehungen zur Hysterie (Myoclonie et ses rapports avec l'hystérie). (*I. D.*, Leipzig, mars 1909.) — **Rechat.** Contribution à l'étude du paramyoclonus multiplex. (*Thèse de Toulouse*, 27 février 1909.)

SPASMES. — **Bouchaud.** Hémispasme facial du côté droit et hémiplégie faciale du côté gauche. (*J. N.*, XIV, n° 10, 20 mai 1909, p. 181.) — **White (F. W.).** Myospasm in which one leg exhibits tonic, the other the clonic form. (*J. A. M. A.*, 5 juin, p. 1834. — **Kottenhahn.** Einseitigem Blepharospasmus hystericus (Blepharospasme hystérique unilatéral). (*Aerztlicher Verein in Nürnberg*, 4 février, 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1513.) — **Rimbaud (L.)** et **Anglada (J.).** Spasme de la parole articulée avec hémispasme facial et spasme bilatéral des muscles du cou et de la ceinture scapulaire. (*I. S.*, XXII, n° 2, mars-avril 1909, p. 127.)

CRAMPE DES ÉCRIVAINS. — **Macé de Lépinay.** Étude sur les crampes professionnelles (Spasmes fonctionnels. Névroses coordinatrices d'occupation). (*I. S.*, XXII, n^{os} 2 et 3, mars-avril, mai-juin 1909, p. 189 et 289.

TICS. — **Ross (Edmonston).** A case of convulsive tic. (*B. M. J.*, 17 juillet 1909, p. 135.) — **Marchand.** Maladie de Gilles de la Tourette et paralysie générale. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 659.) — **Brissaud** et **Salin.** Tics à début tardif et mouvements choréiques névropathiques. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909. *R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 946.) — **Ruiz Diego).** Lincas fundamentales para un concepto unitario del tic, la idea fija y la fobia. (*R. F. E.*, n° 76, avril 1909, p. 104.) — V. **Côtes cervicales, Atrophie musculaire spinale** : Westphal.

CHORÉES. — **Claude (Henri).** Deux cas de chorée persistante avec signes de lésions anatomiques légères du système nerveux. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909. *R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 931.) — **André Thomas** et **Tinel.** Hémichorée et signes de lésion organique du système nerveux central. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 638.) — **André Thomas.** De la nature organique de certaines chorées de Sydenham. (*Soc. de neur. de Paris*, 3 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 800.) — **Jumentié** et **Chenet.** Chorée de Sydenham avec troubles organiques. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909. *R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 945.) — **Dupuy.** Les réflexes dans la chorée de Sydenham. (*Th. de Paris*, 15 juillet 1909.) — **Marinesco.** Le traitement de la chorée de Sydenham par injections intra-arachnoïdiennes de sulfate de magnésium. (*Romania medicalà*, n^{os} 19, 20, 1909.) — **Homuth (Otto)** Beitrag zur Geschichte und Statistik der Sydenhamschen Chorea. (*W. K. W.*, XXIII, n° 32, 8 août 1909, p. 497.) — **Mayr (E.).** Zur Serumtherapie der Chorea minor. (*W. M. W.*, LIX, n° 23, 5 juin 1909. p. 1289.) — **Bardachzi (F.).** Polyzythämie mit Chorea. (*P. M. W.*, n° 17, 1909.) — **Boinet,** Chorée héréditaire chronique. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 662.) — **Dupré** et **Mme Long-Landry.** Chorée chronique d'origine émotive, sans démence chez un vieillard. (*Soc. de psychiatrie*, 24 juin 1909, *E.*, IV, n° 7, 10 juillet 1909, p. 106.) — **Rudaux.** Chorée et grossesse. (*C.*, IV, n° 29, 16 juillet 1909, p. 453.) — **Bardachzi.** Polyzythämie mit Chorea. (*P. M. W.*, 29 avril 1909, p. 253.) — **Liebers.** Ueber choreatische Bewegungsstörungen bei Psychosen und Neurosen und Chorea chronica (Troubles choréiques des mouvements dans les psychoses, les névroses et la chorée). *Medic. Gesells. zu Leipzig*, 11 mai 1909. (*M. M. W.* LVI, n° 30, 27 juillet 1909, p. 1567.) — **Bianchi (L.).** Contributo alla conoscenza della emicorea sintomatica. (*An. N.*, XXVII. f. 1-2,

p. 1.) — **Haskovec** (**Lad.**). Nervově a duševně chore dítě ve skole. (*R. N. P. F.*, VI, n° 6, 7 juin 1909, p. 276.) — V. **Migraine** : Schabad. **Tics** : Brissaud.

TÉTANIE. — **Risel** (**H.**). Die Pathogenese der Kinder. — Tétanie (Pathogénie de la tétanie infantile). (*M. P. N.*, XXVI, f. 2, août 1909, p. 112.) — **Fleig** (**C.**). Note complémentaire sur la pathogénie de la tétanie gastrique. (*Arch. des malad. de l'appareil digestif*, mai 1909.) — **Vandamme**. Tétanie d'origine gastrique. (*La Policlinique*, n° 5.) — **Stone**. Les sels de chaux dans la tétanie. (*J. A. M. A.*, n° 14.) — **Flesch**. Tetanie mit Augen-und Kehlkopfsymptomen (Tétanie avec symptômes oculaires et laryngés). (*Gesells. f. innere Med. u. Kinderheilkunde in Wien*, S. du 29 avril 1909. *W. M. W.*, LIX, n° 21, 22 mai 1909, p. 1190.) — **Chvostek**. Diagnostik und Therapie der Tetanie. (*D. M. W.*, 13 et 20 mai 1909, p. 825 et 873.) — **Haberfeld** und **Schilder**. Mitteilung zur Tetaniefrage (Question de la tétanie). (*Ges. f. inn. Med. und Kinderh. in Wien*, 17 juin. *W. M. W.*, n° 28, p. 1636.) — **Valle y Aldebalde**. Pseudotétanos infantil. (*Rev. de med. y Chir. Pràc.*, mai 1909, p. 169.) — V. **Physiologie, parathyroïdes. Tétanos** : Babonneix, Stevenson.

CONVULSIONS. — **Mac Kee**. Convulsion in infancy. (*Ther. Gaz.*, n° 3.)

ÉPILEPSIE. — **Erschoff**. De l'épilepsie. (*Comptes rendus de l'asile psychiat. de Kharkoff*, 1909, p. 74.) — **Edwin Bramwell**. The problem of the sane epileptic. (*E. M. J.*, II, n° 6, juin 1909, p. 539.) — **Wiersma**. De psychologie der epilepsie. (*N. T. G.*, 10 juillet 1909, p. 86.) — **Adler** (**B.**). Psychische Epilepsie in Straf-und Zivilrechtlicher Bedeutung (Epilepsie psychique et son importance médico-légale). (*P. M. W.*, n° 4, 6. 1909.) — **Fillassier**. Dégénérescence mentale avec épilepsie; actes inconscients, fugues et impulsions. (*Soc. clin. de méd. ment.*, 19 avril 1909. *R. Ps.* XIII, n° 5, mai 1909, p. 294.) — **Stewart** (**Helen. G**.) A description of the brain of an epileptic imbecile showing extensive heterotopia of the grey matter (Description du cerveau d'un imbécile épileptique, montrant l'heterotopie de la substance grise). (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 289.) — **Ziveri**. Patogenia dell accesso epilettico (*Tipogr. perug.* Perugio.) — **Bouché**. De l'épilepsie. (*J. M. Br.*, n° 10.) — **Maeder**. Sexualität und Epilepsie. (*Jahrb. f. psychoanal. Erforsch*, I, f. 1, 1909, p. 119.) — **Guénot** (**Louis**). Epilepsie syphilitique secondaire. (*G. H.*, n° 65, 10 juin 1909, p. 823.) — **Holmes** (**E M.**) Epilepsy following orbital abscess (Epilepsie successive à un abcès de l'orbite). (*B. M. S. J.*, 22 avril 1909, p. 510.) — **Levinstein**. Beitrag zur nasalen Epilepsie. *Arch. f. Laryngol.*, XXII, f. 1, 1909. p. 167.) — **Herbaux**. Rhumatisme et épilepsie. (*Thèse de Lille*, 24 juillet 1909, Dufresnoy, édit.) — **Tintemann** (**W.**). Zur Stoffwechselpathologie der Epilepsie (Pathologie des échanges dans l'épilepsie). (*M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1472.) — **Clément**. L'activité des échanges nutritifs chez les épileptiques. (*Thèse de Montpellier*, 31 juillet 1909.) — **Besta** (**C.**) Ueber das gerinnende Vermögen des Blutserums der Epileptiker (Sur le pouvoir coagulant du sérum des épileptiques). (*Z. N. P.*, XXXII, n° 289, juillet 1909, p. 459.) — **Florence** et **Clément**. La glycosurie alimentaire chez l'épileptique. (*Académie des sciences*, 12 juin 1909.) — **Clérambault** (**de**). Attaques comitiales. Délire consécutif mnésique. Commentaires. (*S. C. M. M.*, II, n° 6, juin 1909, p. 191.) — **Filassier**. Hallucinations terrifiantes. Vertiges accompagnés d'actes violents inconscients, secousses musculaires, attaques convulsives à cycle épileptique. (*Soc. de méd. de Paris*, 26 juin 1909.) — **Goodhart** (**S. P.**) A case of epileptoid seizures with peculiar aura. (*N. Y. neur. soc.*, S. du 2 février 1909.) — **Goyder David**. Une expérience concernant le traitement de l'épilepsie. (*B. M. J.*, n° 2508, 23 janvier, p. 205.) — **Bratz** et **Schlockow**. Ueber neuere Behandlungsmethoden der Epilepsie (Nouvelle méthode de traitement de l'épilepsie). (*D. M. W.*, n° 27, 1909.) — **Littlejohn** (**A. R.**). Calcium lactate in the treatment of epilepsy. (*L.*, 15 mai, 1909, p. 1382.) — **Kellner**. Zur Behandlung der Epilepsie (traitement de l'épilepsie). (*D. M. W.*, n° 25, 1909.) — **Rodiet** (**A.**). De l'action du régime végétarien sur le caractère et le tempérament des épileptiques. (*J. R.*, XIV, n° 12, 20 juin 1909, p. 221.) — V. **Méningite tuberculeuse** : Voisin. **Myoclonie** : Lenoble et Aubineau. **Sclérose en plaques** : Vidoni. **Syphilis** : de Goyen, Spiller et Martin. **Maladie de Basedow** : Matsuno. **Tumeurs cérébrales** : Lyonnet et Payot.

ÉPILEPSIE JACKSONIENNE. — **Frank**. Operativer Fall von traumatischer Epilepsie. (*Breslauer chirur. Gesells*, 14 juin 1909. *B. K. W.*, XLVI, n° 29, 19 juillet 1909, p. 1382.) — **Kostik**. Operative Behandlung der Jacksonscher Epilepsie. *W. R. R.*, 13.) — **Legrain**. Traumatisme cranien. Onze trépanations. Epilepsie jacksonienne. (*S. C. M. M.*, II, n° 6, juin 1909, p. 185.) — V. **Aphasie** : Alexander. **Tumeurs cérébrales, Tumeurs méningées.**

ÉCLAMPSIE. — **Scherera** (**Fr.**). O vztahu eklampsie nejútlejsího veku k slabomyslnosti. (*R. N. P. F.*, VI, n° 6, 7, juin 1909, p. 276.) — **Viet**. Eklampsiegenese. (*XIII Kongress der Deuts. Gesells. f. Geburtshilfe u. Gynäk*, 5 juin 1909.) — **Seitz** (**L.**). Eklampsie und Parathyreoidea. (*XIII Kongress der Deutsc. Gesells. r. Geburtshilfe u. Gynäk*, 5 juin 1909.) — **Polano**. Oelsäure und Eklampsie (Acide oléique et éclampsie. (*XIII Kongress der Deuts. Gesells. f. Geburtshilfe u. Gynäk*, 5 juin 1909.) — **Gross Bunzel**. Ueber das Vorkommen lecithinausflockender und komplementbindenden Substanzen in Blute Eklamptischer (Présence de substances capables

de précipiter la lécithine et de fixer le complément dans le sérum des femmes éclamptiques). (*W. K. W.*, n° 22, 1909, p. 783.) — **Kutzinski**. Eklamptische Psychosen. (*Gesells. der Charité-Aerzte*, 24 juin 1909. *B. K. W.*, XLVI, n° 30, 26 juillet 1909, p. 1425.) — **Alsberg**. Zur Niereudekapsulation bei Eklampsie (Décapsulation des reins dans l'éclampsie). (*Z. G.*, n° 27, 1909.) — **Sarwey**. Zur Früh-und Schnellentbindung bei drohender und ausgebrochener Eklampsie (L'accouchement précoce et rapide dans l'éclampsie menaçante ou déclarée). (*XIII Kongress der Deuts. Gesells. f. Geburtshilfe u. Gynäk*, 6 juin 1909.)

TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE.

ASTASIE-ABASIE. — **Truelle**. Astasie-abasie d'origine délirante ou simulée. (*Soc. clin. de méd. ment.*, 19 avril 1909. *R. Ps.* XIII, n° 5, mai 1909, p. 275.) — **Hoehl**. Dysbasia angiosclerotica. (*Mediz. Gesells. zu Chemnitz*, 5 mai 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 31, 3 août 1909, p. 1617.)

VERTIGE. — **Siciliano** (L.). Considerazioni intorno alla vertigine. (*R. P. N.*, XIV, f. 6, juin 1909, p. 244.) — V. **Physiologie** : Appareil vestibulaire. **Pathologie** : Labyrinthe.

TROUBLES DE L'ORIENTATION.

Allers (Rudolf). Ueber Störungen der Orientierung am eigenen Körper. (*Z. N. P.*, XXXII, n° 286, juin 1909, p. 341.) — V. **Dyschirie**.

TROUBLES DU MOUVEMENT VOLONTAIRE ET DE LA VOLONTÉ.

APRAXIE. — **Claude** (Henri). Un cas d'hémiplégie droite avec apraxie du côté gauche, cécité verbale, agraphie et topoanesthésie d'origine psychique. (*B. S. H.*, XXVI, n° 25, 15 juillet 1909, p. 89.) — **Krahmer**. Apraxie und Demenz. (*P. N. W.*, XI, n° 12, 12 juin 1909, p. 109.) — V. **Aphasie**.

ECHOPRAXIE. — **Boschi** (G.) et **Montemezzo** (A.) Sulla ecoprassia. (*Acad. del. sc. med. e natur. di Ferrare*, 3 juin.)

IMPULSIONS. — **Skliar** (N.). Zur Psychopathologie und Klinischen Stellung der Zwangszüstande. (*A. Z. P.*, LXVI, f. 2, 1909, p. 278.) — **Arsimoles**. Impulsions obsédantes d'origine hallucinatoire. (*E.*, IV, n° 8, août 1909, p. 155.) — **Devine** (H.). Some observations on a case with impulsive obsessions of suicide and automutilation. (*Arch. of Neurol.*, IV, 1909, p. 300.) — V. **Obsessions**.

AUTOMATISME AMBULATOIRE ; FUGUES. — **Benon** et **Froissart**. L'automatisme ambulatoire. (*G. H.*, LXXXII, n° 86, 31 juillet 1909, p. 1087.) — **Parant** (Victor). Les fugues en psychiatrie. (*XIX^e Congrès des aliénistes et des neurologistes.*) — **Benon** et **Froissart**. Les fugues en pathologie mentale. (*J. Ps.*, VI, n° 4, juill.-août 1909.) — **Benon** et **Froissart**. Fugues diverses chez un obsédé alcoolisé; conditions de la fugue (*J. Ps.*, VI, n° 3, mai-juin 1909.) — **Joffroy** et **Dupouy**. Fugues et vagabondage. (*Alcan*, Paris.) — **Sobolevsky**. Contribution à l'étude du vagabondage pathologique. (*Rev. (russe) de psychiat., de neurol. et de psychol. expérimentale*, n° 1, 1909.) — V. **Médecine legale**. Regis : **Épilepsie**.

STUPEUR. — **Sanchez Herrero y Fernando Sanz**. El sintoma estupor. (*R. F. E.*, n° 76, avril 1909, p. 117.) — **Stupeur mélancolique**. V. Abcès extra dural. — **Stupeur catatonique**. V. Démence précoce.

TROUBLES DU LANGAGE

Liebmann (E.). Vorlesungen über Sprachstörungen. (*Lispeln*, Coblentz, Berlin, 1909.) — **Knopf** (E.). Was muss der Hausarzt von den Sprachstörungen wissen? (Que doit savoir le médecin-patricien des troubles du langage?) (*B. K. W.*, n° 25, 21 juin 1909, p. 1167.) — V. **Débilité mentale** : Nadoleczny. **Hystérie** : Leszinski.

APHASIE. — **Neisser**. Totalaphasie. (*Wissensch. Verein der Aerzte zu Stettin.* S. du 2 mars 1909.) — **Neisseir**. Neuritis optica, Ueberdruck im Lumbalkanal, sensorische Aphasie sowie Apraxie der zunge, Parese des rechten Armes, Hemianästhesie rechts. (Névrite optique ; Hypertension rachidienne, aphasie sensorielle, apraxie de la langue, parésie du bras droit, hémianasthésie. (*Wissensch. Verein der Aerzte zu Stettin*, S. du 2 mars 1909.) — **Macleod Jearsley** Notes of a peculiar form of (?) word-deafness successfully treated by the oral method. (Forme particulière de surdité verbale traitée avec succès par la méthode orale.) (*Proc. Roy Soc. of med.*, avril 1909, p. 157.) — **Rein**. Lese-und Schreibstörungen bei Aphasie. (*Jahresversamm. des Vereins bayerischer Psychiater.*, 1^er et 2 juin 1909.) — **Alexander** (W.). Aphasia succeeded by Jacksonian epilepsy; operiation; recovery. (*L.*, 19 juin 1909, p. 1750.) — **Marinesco**. Sur l'aphasie hystérique. (*S. M.*, 30 juin 1909, p. 301.) — V. **Labyrinthites**. Rudloff. **Méningite syphilitique** : Mott. **Démence précoce** : Pascal et Nadal.

CÉCITÉ VERBALE. — **Plate**. Fall von Wortblindheit. (Cécité verbale congétinale.) (*Aerztlicher Verein in Hamburg*, S. du 18 mai 1909.) — **Gonin**. Un cas d'aphasie visuelle. (*Soc. vaudoise de médecine*, 1^er mai 1909.) — V. **Apraxie** : Claude.

TROUBLES FONCTIONNELS. — **Gutzmann.** Die Behandlung der Neurosen der Stimme und Sprache. (*30 Versammlung der Balneogischen Gesells.*, Berlin, 4, 9 mars 1909.) — **Gutzmann** (H.). Die Untersuchung und Behandlung funktioneller Stimmstörungen. (Diagnostic et traitement des troubles fonctionnels de la voix.) (*16 Versammlung des Vereins Deutsc. Laryngol.* Wurzburg.)

ECHOLALIE. — **Hobohm.** Zur Kasuistik der Echolalie. (*Voss.* Hamburg, 1909.)

LOQUACITÉ. MUTISME. — **Knauer** (A.). Ueber periodischen Mutacismus beim Reihensprechen. (*Z. N. P.*, XXXII, n° 281, mars 1909, p. 153.)

TROUBLES DE LA MÉMOIRE

AMNÉSIE. — **Coriat** (Isador H.). The mechanism of amnesia. (*J. A. Ps.*, avril, mai 1909, p. 1.) — **Maintenon.** Contributions à l'étude des amnésies asphyxiques (par pendaison, strangulation, submersion.) (*Thèse de Paris*, 22 juillet 1909.) — V. **Tumeur cérébrale** : Muggice. **Démences organiques** : Benon.

FAUX SOUVENIRS. — **Linworsky.** Zum Problem des falschen Wiederkennens (déjà vu.) (*Arch. f. die gesammte. Psych.*, XV, f. 1, 2, 1909, p. 256.) — **V. Bechterew** (W.). Ueber halluzinatorische Erinnerungen. (Les souvenirs hallucinatoires.) (*Z. N. P.*, XXXII, n° 288, juin 1909, p. 421.) — V. **Psychologie infantile.**

TROUBLES DE L'IDÉATION

DÉLIRES. — **Arnaud.** De l'origine périphérique de certains délires. (*Soc. méd. psychol.*, 26 avril 1909.) — **Demaye.** Délire hypocondriaque anxieux avec idées de négation; méningo-encéphalite chronique et cardiopathie. (*Ar. N.*, avril 1909, p. 232.) — **Wassermeyer.** Zur Frage von den Abstinenzdelirien. (Question du délire d'abstinence.) (*F. M.*, n° 11, 1909, p. 423.) — **Loewenfeld.** — Ueber traumartige und verwandte zustände. (*Z. N. P.*, XXXII, n° 291, août 1909, p. 539.) — V. **Alcolisme, infections, psychoses.**

OBSESSIONS. — **Giachietti** (Cipriano). Sull' origine delle idee coatte. (*R. P. A.*, V, n° 4, juill.-août 1909, p. 320.) — V. **Impulsions, tics.**

MYTHOMANIE. — **Dupré.** Mythomanie infantile. Un cas de fugue suivie de fabulation. (*E.*, IV, n° 8, 10 août 1909, p. 117.) — V. **Psychologie infantile.**

TROUBLES DE L'AFFECTIVITÉ

Massaro (Domenico). Sulla natura organica degli affetti. (*R. I. N.*, II, f. 6, juin 1909, p. 257.)

PHOBIES. — **Jude.** Essai sur la crainte. (*A. A. C.*, 15 juin 1909, p. 401.) — **Dubois** (P.). Un cas de phobie du contact guéri par la psychothérapie. (*Soc. suisse de neur.*, 13 mars, *R. M. S. R.*, 27 mai 1909, p. 290.) — **Freud.** Analyse der Phobie einein fünfjährigen Knaben. (Analyse de la phobie d'un enfant de cinq ans.) (*Jahrb. f. Psychoanal. Forsch*, I, f. 1, 1909, p. 1.) — V. **Psychiatrie** : psychoanalyse. **Tics** : Ruiz.

ANGOISSE. — **Oppenheim** (Hermann). Zur Psychopathologie der Angstzustände. (*B. K. W.*, XLVI, n° 28, 12 juillet 1909, p. 1293.)

RIRE ET PLEURER SPASMODIQUES. — **Vires** et **Anglada.** Trois observations de rire et de pleurer spasmodiques chez des hémiplegiques du côté droit. (*I. S.*, XXII, n° 2, mars-avril 1909, p. 119.)

TROUBLES DU SOMMEIL. — **Lechner.** Die Klinischen Formen der Schlaflosigkeit. (*Deuticke*, Wien, 1909.) — **Weisenburg** (T. H.). A case of morbid sleepiness. (Un cas de sommeil morbide.) (*Philadelphia neur. Soc.*, 22 janv. 1909.) — V. **Psychoanalyse** : Freud.

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

GÉNÉRALITÉS

Knoblauch. Atlas der chronischen Krankheiten des Zentralnervensystems. (*Springer*, Berlin, 1909.) — **Jakobsohn** (L.). Einige interessante Beobachtungen von Erkrankungen des zentralen und peripherischen Nervensystems. (Quelques observations intéressantes sur les affections du système nerveux central et périphérique.) (*Z. K. M.*, LXVII, f. 1-2, 1909, p. 53.) — **Jacobsohn.** Affections du système nerveux. (*Z. K. M.*, LXVIII, 1 et 2.) — **Wier Mitchell.** Address to the american neurological association. (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 7, juill. 1909, p. 385.) — **Knapp** (P.-C.). Recent progress in neurology. (*B. M. S. J.*, 22 avril 1909, p. 511.) — **Claus** (R.) et **Bingel** (A.). Ueber Messungen der Hauttemperatur bei Gesunden und Nervenkranken. (Température cutanée chez l'homme sain et chez le malade nerveux.) (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1-2, 25 juill. 1909, p. 1-61.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Schutz (Otto).** Zur pathologischen Anatomie der Nervenzellen und Neurofibrillen. (*M. P. N.*, XXVI, f. 2, août 1909, p. 157.) — **Marinesco (G.).** Morphologie et signification des massues terminales. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 23, 2 juill. 1909, p. 1108.) — **Nageotte (J.).** Mitochondries et grains spumeux dans les cellules nerveuses. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 25, 16 juill. 1909, p. 131.) — **Lhermitte (J.)** et **Guccione (A.).** Persistance des cylindres-axes dans les tumeurs du système nerveux et leurs altérations. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 26, 23. juill. 1909, p. 190.) — **Marinesco (G.).** Sur les lésions des cellules de Purkinje dans certains états pathologiques (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 23, 2 juill. 1909, p. 1105.) — **Marinesco.** Neurotisation et symbiose. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 27, 30 juill. 1909, p. 304.) — **Delamarre (Gabriel)** et **Merle (Pierre).** Recherches sur l'anatomie pathologique de l'épendyme cérébral. (État cryptique; kystes, état varioliforme). (*Soc. de neur. de Paris*, 10 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 811.) — **Buckley.** A Brain with extensive unilateral softening. (*Philadelphia neur. Soc.*, 22 janv. 1909.)

PATHOLOGIE DU CERVEAU

TRAUMATISMES. — **Ribierre.** Riferisce sulla diagnosi e prognosi delle affezioni organiche encephalo-midollari d'origine traumatica. (*Il Congresso med. internaz. per gli infortuni del lavoro*, 23-27 mai 1909.) — **Inouye (T.).** Die Sehstörungen bei Schussverletzungen der kortikalen Sehsphäre. (Troubles de la vue dans les lésions par coup de feu de la sphère visuelle corticale.) (*Wilhelm Engelman*, Leipzig, 1909.) — **Berliner.** Akute Psychosen nach Hirnerschütt. (Psychoses aigües après commotion cérébrale.) (*Sommers Klin f. psych. u. nerv. Krankh.*, III, f. 4.) — **Juséphovitch.** Le traitement chirurgical des troubles psychiques tardifs consécutifs aux traumatismes craniens. (*Thèse de Montpellier*, 26 juill. 1909.) — **Jacobsohn.** Demonstration von Frontalschnitten durch zwei Hundegehirne, denen Herr O. Kalischer beide Schläfenlappen exstirpiert hat. (Coupes frontales de deux cerveaux de chien après ablation des deux lobes temporaux.) — (*Berliner Gesells. f. Psychiat. u. Nervenk.*, 12 juill. 1909.) — V. **Abcès du cerveau :** Jamin. **Tumeurs cérébrales :** Eppinger, Bück. **Fracture du crâne. Syphilis :** Schwarz. **Chirurgie.**

ENCÉPHALITES AIGUËS. — **Couloumy.** La grippe dans l'étiologie de la polioencéphalite aiguë hémorragique. (*Thèse de Toulouse*, 13 juill. 1909.) — **Weiss.** Trois cas d'encéphalite aiguë. (*Aerztlicher Verein zu Hamburg*, 18 mai 1909.) — **Von Strümpell.** Fall von akuter Encephalitis. (Un cas d'encéphalite aiguë.) — (*Gesells. f. innere Medic. und Kinderh. in Wien.*, 17 juin. *W. M. W.*, n° 27, p. 1576.) — **Gowsejew.** Polioencéphalite aiguë (*R. V.*, 12 et 13.) — **Klippel** et **Lhermitte.** Les encephalites à cellules plasmatiques. (*Soc. de psychiatrie*, 24 juin 1909. *E.*, IV, n° 7, 10 juill. 1909, p. 78.)

ABCÈS DU CERVEAU. — **Jamin.** Traumatischer Hirnabszess. (*Aerztlicher Bezirksverein Erlangen*, 2 mars 1909.) — **Wolff (H. J.).** Otogene Hirnabscesse. (*Berliner otolog. Gesells.*, 25 juin 1909.) — **Logan-Turner.** Notes upon fourteen cases of intracranial disease complicating middle ear disease. (*J. L.*, juill. 1909, p. 361.) — **Ross.** Cerebral and epidural abscesses of otitic origin. (*M. M. J.*, mai 1909, p. 309.) — **Kaufmann.** Des abcès cérébraux consécutifs aux écoulements chroniques de l'oreille. (*An. M.*, XVI, n° 6, juin 1909, p. 133.) — **Hegener.** Labyrinthitis und Hirnabszess. (*Karger*, Berlin.) (*Beit. z. Anat. etc, des Ohres*, etc., II, f. 6, 1909, p. 359.) — **Makocey-Bokovetsky (Mlle).** Contribution à l'étude des abcès métastatiques du cerveau. (*Thèse de Montpellier*, 8 juill. 1909.) — **Bourguet.** Double abcès cérébral, d'origine oculaire diagnostiqué. Opération et guérison. (*A. M. O.*, n° 5, mai 1909, p. 545.) — **Roger (H.).** Abcès cérébraux multiples à forme hémiplégique au cours d'une tuberculose pulmonaire avec dilatation et infection bronchiques. (*Soc. de neur. de Paris*, 3 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 772.) — **Bonvicini** et **Haberer.** Ein Fall von Hirnabscess, kompliziert durch Meningitis. (*M. G. M. C.*, XXII, f. 2, 1909, p. 232.)

ENCÉPHALITE CHRONIQUE. — **Mott (F.-W.)** et **Stewart (F.-H.).** Examination of the nervous system in a case of chronic lead encephalitis. (Examen du système nerveux dans un cas d'encéphalite chronique.) (*Arch. of. neurol.*, IV, 1909, p, 117.)

ARTÉRIOSCLÉROSE. — **Moleen.** Affections des artères cérébrales. (*J. A. M. A.*, 9.) — **Rust (F.).** Ueber die Beziehungen zwischen Trauma und zerebraler Arteriosklerose. (Rapport entre le trauma et l'artériosclérose cérébrale.) (*I. D.*, Leipzig, mars 1909.)

HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE. — **Richard Poehlmann.** Ueber Miliaraneurysmen des Gehirns. (*I. D.*, München, avril 1909.) — **Randle.** Hémorragie intraventriculaire. (*L.*, n° 4468.) — V. **Lésions protubérantielles.**

EMBOLIE CÉRÉBRALE. RAMOLLISSEMENT. — **Motte (F.-W.).** A case of embolism of the anterior division of the left middle cerebral artery. (Embolie de la division antérieure de l'artère méningée moyenne gauche. (*Arch. of. neurol.*, IV, 1909, p. 131.) — **Laignel-Lavastine.** Pemphigus unilatéral par ramollissement cérébral. (*Soc. de psychiatrie*, 27 mai 1909. *E.*, IV, n° 6, 10 juin 1909, p. 583.)

ADIPOSITAS CEREBRALIS. — **Hynek** (K.). Adipositas cerebralis. (*R. N. P. F.*, VI, n° 6, 7 juin 1909, p. 288.)

SCLÉROSE ATROPHIQUE. S. TUBÉREUSE — **Zingerle.** Klinischer u. pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis der lobären atropischen Hirnsklerose. (*D. Z. N.*, XXXVI, f. 5, 6 juin 1909, p. 440.) — **Vogt** (H.). Beiträge zur pathologischen Entwicklung des Zentralnervensystems : Tuberöse Sklerose. (*Wissenschaftliche Vereinigung am stadt. Krankenhaus zu Frankfurt*, 5 janv. 1909.) — **Jacobsthal.** Klinisches und pathologisches über Idiotie mit besonderer Berücksichtigung der tuberösen Sklerose (Idiotie et sclérose tubéreuse.) (*Aerztlicher Verein zu Marburg.* S. du 18 fév. 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 23, 8 juin 1909, p. 1208.)

TUMEURS CÉRÉBRALES. — **Buck** (Karl). Die Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Gehirngeschwülsten. (Importance du trauma pour le développement des tumeurs cérébrales.) (*I. D.*, Tübingen, juin 1909. *Z. N. P.*, XXXII, p. 193.) — **Eppinger.** Hirntumor und Trauma. (*Aerztl. Sacho-Zeitung.*, 6.) — **Ruckert** (A.). Ein Stirnhirntumor unter dem Klinischen Bild eines Tumors der hinteren Schädelgrube. (Tumeur frontale évoluant sous le type d'une tumeur de la fosse occipitale.) (*B. K. W.*, XLVI, n° 27, 5 juill. 1909, p. 1248.) — **Bernhardt Martin**) et **Borchardt** (**Maurice**). Zur Klinik der Stirnhirntumoren nebst Bemerkungen über Hirnpunktion. (Tumeurs frontales, remarques sur la ponction cérébrale.) (*B. K. W.*, XLVI, n° 29, 19 juill. 1909, p. 1341.) — **Muggia** (**Giuseppe**). Sopra un tumore dei lobi frontali e del corpo calloso con particolare considerazione ai disturbi della memoria. (*R. I. N.*, II, f. 6, juin 1909, p. 243.) — **Babinski.** Deux cas de tumeur cérébrale du lobe frontal. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 665.) — **Drapes** (**Thomas**). A case of brain tumour and its psychological bearing. (*J. M. S.*, LV, n° 229, avril 1909, p. 299.) — **Osti** (**Anselmo**). Studio clinico-statistico intorno alle manifestazioni psichiche nei tumori del cervello e dei suoi involucri. (*P. Sez. chirur.*, XVI, f. 7, juill. 1909, p. 311.) — **Lawen.** Operierte Hirntumoren. (*Medizinische Gesells. zu Leipzig.*, 9 mars 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juill. 1909, p. 1509.) — **Saenger.** Demonstration eines Gehirntumors. (*Biologis. Abteilung des ärztlichen Vereins in Hamburg*, 16 mars 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 26, 29 juin 1909, p. 1354.) — **Boinet.** Trois cas de tumeurs cérébrales. (*Soc. de neur. de Paris.*, 13 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 674.) — **Leslie Paton.** A clinical study of optic neuritis in its relationship to intra-cranial tumours. (*Brain.*, part. 125, XXXII, 1909, p. 65.) — **Gowers** (**William R.**). A lecture on a case of unilateral optic neuritis from intracranial tumours. (*L.*, 10 juill. 1909, p. 65.) — **Stewart** (**Helen. G.**). Notes and observations on forty cases of new growth, including eighteen intracranial tumours. (*Arch. of. neurol.*, IV, 1909, p. 247.) — **Schiller.** Zur Diagnose des Hirntumors. (*M. K.*, 6 juin 1909, p. 837.) — **Schüller.** La diagnosi dei tumori cerebrali. (*Ri. M.*, XXV, n° 27, 5 juill. 1909, p. 743.) — **Leischner.** Zur chirurgischen Behandlung von Hirntumoren. (Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales. (*A. K. C.*, LXXXIX, f. 3, 1909.) — **Corrado da Fano.** Le idee di un chirurgo sui rapporti tra sistema nervoso e cancro. (*R. I. N.*, II, f. 6, juin 1909, p. 270.) — **Marchand** (**L.**) et **Petit** (**G.**). Epilepsie tardive et démence chez une femme atteinte d'angio-sarcome de la fosse cérébrale antérieure. (*Soc. de psychiatrie*, 24 juin 1909. *E.*, IV, n° 7, 10 juill. 1909.) — **Merzbacher.** Ueber richtige und scheinbare Gliosarkome. (Vrai ou pseudo-gliosarcome.) (*XXXIV. Wanderversammlung der südwestdeutsc. Neurolog. u. Irrenärzte in Baden-Baden.* S. du 22 et 23 mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 662.) — **Ménétrier** (**P.**) et **Mallet** (**R.**). Epilepsie jacksonienne. Gliome de la première circonvolution frontale droite. Examen histologique de la tumeur. (*B. S. H.*, XXVI, n° 24, 8 juill. 1909, p. 17.) — **Lyonnet** et **Payot.** Crises épileptiformes précédées de traumatisme. Tubercule cérébral. (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, 7 juin 1909.) — **Tümmer.** Gliome de la corne d'Ammon. (*Aerztlicher Verein zu Hamburg.*, 25 juin.) — V. **Chirurgie.**

CYSTICERCOSE. — **Ziveri** (**Alberto**). Un caso di cisticerco multiplo del cervello. (*Ri. M.*, XXV, n° 29, 19 juill. 1909, p. 797.) — **Chotzen** (**F.**). Zur Symptomotologie der Gehirncysticerkose. (Cysticerkenmeningitis und Cysticerken des 4 Ventrikels.) (Cysticercose cérébrale. Méningite à cysticerques et cysticerques du IV^e^ ventricule.) (*N. C.*, XXVIII, 13 juill., p. 680.) — **Falk** (**Hermann**). Ein Fall von Cysticercus racemosus des Gehirns mit Symptomen der Paralysis agitans. (*I. D.*, Königsberg, janv.-mai 1909.) — **Papadia** (**Giovanni**). Sulle plasmacellule e sui fenomeni reattivi nella cisticercosi cerebrale. (*R. P. N.*, XIV, f. 8, août 1909, p. 337.) — V. **Tumeurs méningées** : Heuzler.

HYDROCÉPHALIE. — **M'Clure.** Hydrocephalus treated by drainage into a vein of the neck. (Hydrocéphalie traitée par drainage dans la veine jugulaire.) (*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, avril 1909, p. 110.) — **Taylor** (**Alfred S.**) Sub-dural auto-drainage in internal hydrocephalus. (*N. Y. neurol. soc.*, 2 mars 1909. *J. N. M. D.*, XXXVI, n° 7, juill. 1909, p. 422.) — **Chapireau.** Un cas d'hydrocéphalie congenitale. (*Année méd. de Caen.*, XXXIV, n° 2, 1^er^ fév. 1909, p. 82.) — **Rochon Duvigneaud** (**A.**) et **Coutela** (**C.**). Deux cas de microphtalmie chez des hydrocéphales. (*Arch. d'ophtal.*, mai 1909, p. 257.)

HERNIE CÉRÉBRALE. — **Sablé.** La hernie cérébrale acquise, ses rapports avec l'encéphalite (recherches expérimentales et cliniques.) (*Thèse de Paris*, 7 juill. 1909.)

LÉSIONS DU CORPS CALLEUX. — **Groz (Daniel)**. Mikrogyrie und Balkenmangel im menschlichen Grosshirn. (*I. D.*, München, avril 1909.) — V. **Tumeurs cérébrales** : Muggia.

CERVELET

ABCÈS CÉRÉBELLEUX. — **Labarrière**. Volumineux abcès de l'hémisphère cérébelleux gauche. Trépanation large au niveau de la mastoïde. Mort consécutive. (*Cong. de la Soc. franç. de laryng., d'otol. et de rhin.*, 12 mai 1909.) — **Mouret**. De la zone pétreuse intersinuso-auditive ; voie de propagation des suppurations de l'oreille moyenne dans la fosse cérébelleuse. (*Cong. de la Soc. franç. de laryng.*, 12 mai (*R. I. L.*, n° 3, supp., p. 1 138.)

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBELLEUX. — **Carneross (Horace)**. A case of probable occlusion of the posterior inferior cerebellar artery. (*The Philadelphia neur. soc.*, 22 janv. 1909.)

TUMEURS CÉRÉBELLEUSES. — **Todde (C.)**. Contributo-clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori cerebellari. (*Soc. fra i. cultori del. Sc. medi. e natur. di Cagliari*, 27 mai.) — **Mills (Charles K.)**. Flaccid paralysis or extreme hypotonia of the muscles which poise the head, and other symptoms indicative of a cerebellar tumor. (Paralysie flaccide avec extrême hypotonie des muscles tenant en équilibre la tête, et autres symptômes indicateurs d'une tumeur cérébelleuse. (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 7, juill. 1909, p. 402.) — **Texier**. Kyste du cervelet s'etant manifesté dans le cours d'une otite moyenne suppurée. Examen nystagmique. Autopsie. (*Congrès de la Soc. franç. de laryng.*, 12 mai 1909. *A. I. L.*, n° 3, Suppl., p. 1 136.) — **Bruns**. Tuberkel der rechten Kleinhirnhémisphäre. (*44. Wanderversammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens in Hannover*. S. du 1er mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 664.) — **Modena**. Tubercolo solitario del cervelletto. (*Soc. med.-chirur. anconetana.*, 12 mai 1909.) — **Dahlgreen (K.)**. Operabilität der Kleinhirngeschwulste. (*Hy.*, 1909, n° 1.)

PATHOLOGIE DE L'ISTHME DE L'ENCÉPHALE

Goldstein (Kurt.) et **Bohn (Georg)**. Weitere Beiträge zur Symptomatologie der Erkrankungen der motorischen Kernsäule. (Symptomatologie des affections de la colonne des noyaux moteurs.) (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1, 2, 25 juillet 1909. p. 21.) — **Jacques et Lucien**. Paralysie centrale des VIe et VIIe paires au cours d'une otorrhée. (*B. L. O. R.*, XII, 3, p. 172.) — V. **Paralysie infantile ; Sclérose en plaques.**

LÉSIONS PÉDONCULAIRES. — **Zosin (P.)**. Contribution à l'étude du syndrome pédonculaire. (*I. S.*, XXII, n° 2, mars-avril 1909, p. 114.) — **Giannelli (A.)**. Contributo allo studio delle lesioni peduncolari. (*Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma.*, 11 mai 1909.) — **Guillain, Rochon-Duvigneaud et Troisier**. Le signe d'Argyll-Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral. (*R. N.*, 30 avril 1909, p. 449.) — **Houzel (Gaston)**. Syndrome de Weber traumatique par balle intra-cranienne. Craniectomie et extraction de la balle. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 942.) — **Chavigny et Schneider (G. E.)**. Hémorragie pédonculo-protubérantielle d'origine ourlienne. (*B. S. H.*, XXVI, n° 25, 15 juillet 1909, p. 68.)

TUMEURS PONTO-CÉRÉBELLEUSES. — **Lannois et Durand**. Deux cas de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux (tumeurs de l'acoustique opérées chirurgicalement.) (*Soc. de neur. de Paris*, 13 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 674.) — **Lannois et Durand**. Deux cas d'intervention pour tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux : tumeurs de l'acoustique. (*A. M. O.*, XXXV, n° 6, juin 1909, p. 629.) — **Souques (A.)**. Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux du nerf acoustique. Diagnostic topographique et traitement chirurgical. (*Soc. de neur. de Paris.*, 3 juin 1909. (*R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 775.) — **Jumentié et Chenet**. Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909. (*R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 945.) — **Velhagen**. Kleinhirnbruckenwinkeltumor. (*F. M.*, 7.)

LÉSIONS PROTUBÉRANTIELLES. — **Sidney Phillips**. — A case of fatal hœmorrhage into the pons Varolii in a young infant. (*L.*, 12 juin 1909, p. 1680.) — **Sorine-Chaün**. Hémorragies punctiformes de la protubérance et leur diagnostic. (*Thèse de Montpellier.*, 26 juin 1909.) — **Krueger (Hermann.)**. Differentialdiagnose der intrapontinen Hirngeschwulst und der pontinen multiplen Sklerose. (Diagnostic différentiel des tumeurs cérébrales intrapontiques et de la sclérose en plaques pontique.) (*I. D.*, Berlin, mai 1909.)

LÉSIONS DU IVe VENTRICULE. LÉS. BULBAIRES. — **Neisser**. Tumor des 4 Ventrikels. (*Wissensch. Verein. der Aerzte zu Stettin.* (S. du 2 mars 1909.) — **Chabrol (E.)**. Sarcome du IVe ventricule. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909). (*R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 945.) — **Deshayes**. Méningite du IVe ventricule avec troubles de l'équilibre et de l'ouïe. Guérison. (*B. L. O. R.*, XII, 3, p. 214.) — **Abrahamson (I.)**. A case of thrombosis of the left anterior spinal artery in the medulla oblongata. (Cas de thrombose de l'artère spinale antérieure gauche dans la moelle allongée. (*N. Y., neurol., soc.*, 2 mars 1909. *J. N. M. D.*, XXXVI, n°, 7 juillet 1909, p. 421.) — V. **Cysticercose cérébrale ; Paralysie infantile ; Hématomyélie.**

PATHOLOGIE DE LA MOELLE

Dejerine (J.) et **André-Thomas**. Maladies de la moelle épinière. (*Traité de médecine de Gilbert-Thoinot*. Paris, 1909. *Baillière et fils*.) — **Segre** (**Leone**). Contributo allo studio delle turbe vescicali nelle malattie del midollo spinale. (*Ri. M.*, XXV, n°s 24 et 25, p. 653 et 683.)

TRAUMATISME. — **Rauzier** (G.) et **Rimbaud** (L.). Hémisection traumatique de la moelle, syndrome de Brown-Séquard. (*R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 887.) — **Coryllos** et **Bith**. Plaie par arme à feu de la colonne vertébrale au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, avec section de la moelle. (*Soc. anatomique de Paris.*, 28 mai 1909.) — **Ingelrans** (**L.**). Revue étiologique du traumatisme dans quelques maladies de la moelle épinière. (Myélites chroniques. Sclérose latérale amyotrophique. Atrophie musculaire progressive.) (*E. M. N.*, XIII, n° 28, 11 juill. 1909, p. 321.) — **Rossi** (**Ottorino**). Sopra ad alcune apparenze morfologiche che si riscontrano nelle cellule nervose del midollo in vicinanza di ferite asettiche sperimentalmente provocate. (*R. P. N.*, XIV, f. 8 août 1909, p. 356.) — V. **Fractures du rachis**, **Hématomyélie**.

HÉMATOMYÉLIE. — **Beck** (**Friedrich.**). Ein Fall von traumatischer Hämatomyelie nach Dystokie. (*I. D.*, Erlangen, 1909.) — **Achard** (**Ch.**) et **Foix** (**Ch.**). Hématomyélie. (*Soc. de neur. de Paris*, 3 juin 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 785.) — **Gott** (**Th.**). Ueber einen seltenen Lähgmunstypus nach Geburtstrauma. (Hämatomyelie.) (*J. K.*, LXIX, f. 4, 1909, p. 422.) — **André-Thomas** et **Tinel**. Hématomyélie cervicale et hématobulbie. (*Soc. de neur. de Paris.*, 6 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 640.) — V. **Syringomyélie** : Petren.

MYÉLITES AIGUES. — V. **Fièvre typhoïde** : Voisin et Milhit, Achard. **Méningite cérébro-spinale** : Lejonne et Rose.

MÉNINGOMYÉLITES. — **Raymond** (**F.**) et **Cestan** (**R.**). La méningo-myélite marginale progressive. (*E.*, IV, n° 7, 10 juillet 1909, p. 1.)

POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE. PARALYSIE INFANTILE. — **Wiley** et **Darden**. Nature épidémique de la paralysie infantile. (*J. A. M. A.*, n° 8.) — **Hymanson**. Five cases of epidemic infantile paralysis. (*A. Pd.*, mai 1909, p. 364.) — **Koplik**. Anterior poliomyelitis (Epidemic.) (*A. Pd.*, mai 1909, p. 321.) — **Minor Willey** et **Darden** (**J. C.**). Une épidémie de poliomyélite antérieure aiguë ayant sévi à Salem. (*J. A. M. A.*, LII, n° 8, 20 fevr. 1909, p. 617.) — **La Fetra**. Early symptoms of poliomyelitis. (*A. Pd.*, mai 1909, p. 328.) — **Green**. Acute anterior poliomyelitis. (*J. M. J. A.*, 20 avril 1909, p. 197.) — **Berliner** (**M.**). Zur Prognose der Poliomyelitis anterior acuta. (*W. K. W.*, n° 21, 1909, p. 751.) — **Weiss**. Poliomyelitis acuta. (*Aerztlicher Verein in Hamburg.*, 18 mai 1909.) — **Marburg** (**Hr.**). Poliomyelitische Lähmung der Arme (Paralysie poliomyélitique du bras.) (*Gesells. f. innere Medizin u. Kinderheilkunde zu Wien.*, 27 mai 1909. (*W. M. W.*, n° 25, p. 1444.) — **Roux**. Paralysie des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen dans la poliomyélite antérieure aiguë. (*Thèse de Bordeaux*, 26 février 1909.) — **Mirallié** (**Ch.**). Paralysie spinale infantile et paralysie cérébrale infantile. (*G. M. N.*, 24 juillet 1909.) — **Friedjung**. Paralysies poliomyelitiques chez un enfant de deux ans et demi. (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 14 mai 1909.) — **Morant**. Les formes bulbo-encéphaliques de la paralysie spinale infantile. (*These de Paris*, 22 juillet 1909.) — **Brissaud** et **Foix**. Paralysie infantile avec cyanose et pseudo-hypertrophie extrêmement marquées. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909. *R. N.*, XVII, n° 14, 30 juill. 1909, p. 948.) — **Gaultier** (**René.**) et **Baïsoiu** (**Demétr.**). Un cas de scoliose tardive dans la paralysie infantile. (*G. H.*, LXXXII, n° 74, 1er juill., p. 943.) — **Kienbock** (**Robert.**). Ueber Wachstumshemmung des Skeletts bei spinaler Kinderlähmung. (Troubles de la croissance dans la paralysie infantile.) (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1, 2, 25 juillet 1909, p. 105.) — **Ducroquet** et **Launay**. Paralysie infantile des muscles du pied ; son traitement par l'arthrodèse partielle. (*Ps. M.*, 30 juin 1909, p. 465.) — **Nicoletti** (**V.**). Duplice artrodesi per paralisi totale di tutto l'apparato locomotore dell' arto inferiore sinistro. (Double arthodrèse coxofémorale et tibio-tarsienne contre la position vicieuse d'un membre atteint autrefois de paralysie infantile.) (*Accad. med. di Roma*, 30 mai.) — **Pujos**. Du traitement chirurgical des pieds bots paralytiques en varus et en valgus par l'athrodèse astragalo-calcanéenne et médio-tarsienne. (*Thèse de Paris*, 21 juill., 1909). — **Rapport au IIe Congrès de physiothérapie des médecins de langue française**, Paris. Les agents physiques dans le traitement et le diagnostic de la paralysie infantile. (*G. H.*, 27 avril 1909.) — **Poirel**. Contribution à l'étude de l'électricité dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de la paralysie infantile. (*Thèse de Montpellier*, 17 juill., 1909.) — **Marquès** (**H.**). L'électrothérapie dans le diagnostic et le traitement de la paralysie infantile. (*A. E. M.*, n° 260, 25 avril 1909. *Annales de méd. et de chirur. infantiles.*, 15 mai 1909, p. 328.) — **Weil** (**A.**). La direction générale du traitement de la paralysie infantile. (*Journ. de Physiothérapie*, 15 mai 1909.) — **M'Kenzie** (**Wm.**). Treatment of infantile paralysis of upper limb. (*I. M. J. A.*, 20 mai 1909, p. 250.) — **Landsteiner** et **Popper**. Uebertragung der Poliomyelitis acuta auf Affen. (*Zeitschr. f. Immunitatsforsch*, II, f. 4, 1909, p. 377.) — V. **Polioencéphalite**.

MALADIE DE LANDRY. — **Cattle** (**C. H.**). A case of Landry's (Acute ascending) paralysis : Recovery. (*B. M. J.*, 8 mai 1909, p. 1110.) — **Rénon** (**Louis**) et **Monier-Vinard** (**A.**). Paralysie ascendante de Landry. Guérison. Modifications chimiques du liquide céphalo-rachidien. (*B. S. H.*, XXVI, n° 24, 8 juillet 1909, p. 32.) — **Rhein** (**J. H. W.**). A case of Landry's palsy without fatal termination. (*Philadelphia neurol. soc.*, 26 février 1909. (*J. M. N. D.*, XXXVI, n° 7, juill., 1909, p. 414.) — **Achard** (**Ch.**) et **Ramond** (**Louis**). Deux cas mortels de paralysie de Landry. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1212.) — **Guillain** (**Georges**) et **Troisier** (**Jean**). Étude d'un cas de paralysie ascendante aiguë de Landry. (*B. S. H.*, XXVI, n° 20, 10 juin 1909, p. 1155.) — **Schweiger** (**Ludwig**). Ueber Veränderungen der Spinalganglien in einem Fall von Landryscher Paralyse (mit Status hypoplasticus). (Altération des ganglions spinaux dans un cas de paralysie de Landry.) (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1, 2, 25 juill. 1909, p. 35.)

ATROPHIE MUSCULAIRE SPINALE. — **André-Thomas** et **Labbé** (**Raoul**). Amyotrophie globale du membre inférieur vraisemblablement d'origine myélopathique, chez une enfant atteinte d'hémiplégie cérébrale fruste. (*Soc. de neur. de Paris*, 3 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 798.) — **Merle** (**Pierre**). Atrophie musculaire progressive spinale, syphilitique. (*R. N.*, n° 14, 30 juillet 1909, p. 877.) — **Rad** (**V.**). Fall von spinaler progressiver Muskelatrophie (Typus Duchenne Aran) mit Beteiligung der unteren Extremitäten. (Atrophie type Duchenne avec participation des membres inférieurs.) (*Aerztlicher Verein in Nurnberg*, 4 mai 1909.) — **V. Tabes** : Kann. **Syringomyélie. Amyotrophies.**

SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE. — **Rossi** (**I.**) et **Roussy** (**G.**). Étude anatomique d'un quatrième cas de sclérose latérale amyotrophique (à propos des localisations motrices corticales. (*R. N.*, XVII, n° 11, 15 juin 1909. p. 677.) — **M'Adam Eccles.** Charcot's disease of the right ankle-joint. (*Proc. Roy. Soc. of. med. Clin. Sect.*, avril 1909, p. 150.)

TABES. — **Blümel** (**Karl**). Die ätiologische Bedeutung der Syphilis für die Tabes dorsalis. (Valeur étiologique de la syphilis pour le tabes (*I. D.*, Berlin, juin 1909.) — **Tourey-Piallat.** Accidents du travail. Un cas de tabes. (*Revue clinique.*, II, n° 3, 1er août 1909, p. 186.) — **Schönfeld.** Tabes und Unfall. (Tabes et accident.) (*M. U. I.*, n° 3.) — **Suntheim.** Ueber Konjugale Tabes und Paralysie. (*I. D.*, Leipzig, avril 1909.) — **Peukert.** Tabes dorsalis im Geschlechtsleben der Frau. (Tabes dans la vie sexuelle de la femme.) (*Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynakologie*, XXIX, f. 2.) — **Desqueyroux.** Contribution à l'étude du tabes sénile. (*Thèse de Bordeaux*, 16 juin 1909.) — **Halben** (**R.**). Infantile Tabes resp. Taboparalyse bei einem 10 jährigen Mädchen. (Tabes infantile, chez une jeune fille de dix ans.) (*D. M. W.*, n° 25, 1909.) — **Williamson** (**R. T.**). Note on the geographical distribution of tabes dorsalis. (*R. N. P.*, VII, n° 8, août 1909, p. 522.) — **Kann.** Die Diagnose der initialen Tabes. (*B. K. W.*, XLVI, n° 25, 21 juin 1909, p. 1156.) — **Ross** (**G. W.**) et **Jones** (**Ernest**). On the use of certain new chemical tests in the diagnosis of general paralysis and tabes. (Emploi de nouvelles méthodes chimiques dans le diagnostic de la paralysie générale et du tabes.) (*B. M. J.*, mai 1909, p. 1111.) — **Carter Rowly** (**J.**). Ueber die fehlende Druckempfindlichkeit der Sehnen bei Tabes. (Abadieschen Phänomen.) (Absence des réflexes dans le tabes.) (*W. K. W.*, 13 mai 1909, p. 607.) — **Achard** (**Ch.**) et **Foix** (**Ch.**). Symptômes tabétiques avec arthropathie, sans leucocytose céphalo-rachidienne. (*Soc. de neur. de Paris.*, 3 juin 1909.) (*R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 787.) — **Achard** et **Foix.** Tabes fruste avec arthropathie. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 643.) — **Brissaud, Bauer** et **Gy.** Arthropathie suppurée chez un tabétique. (*Soc. de neur.*, 1er juill., 1909. *R. N.*, XVII, n° 14, 30 juill. 1909, p. 941.) — **Urbach** (**Josef**). Zwei Fälle tabischer Knoche-nund Gelenkserkrankung. *W. K. W.*, XXIII, n° 32, 8 août 1909, p. 50.) — **Schwarz.** Tabische Arthropathie des Hüftgelenkes. (Arthropathies tabétiques de la hanche.) (*Bruns Beitrage zur klinische Chirurgie*, LXII, 1). — **Tria** (**G.**) et **Landolfi** (**M.**). Le crisi gastriche e lo stomaco dei tabici. (Contributo allo studio del chimismo gastrico e della patogenesi. (*Ri. M.*, XXV, n° 25, 21 juin 1909, p. 673.) — **Ludlum** (**S. D.**) Cardiac crises in tabes. (*Philadelphia neurol. soc.*, 26 fév. 1909.) *J. N. M. D.*, XXXVI, n° 37, juill. 1909, p. 413.) — **Pal.** Atmungs-und Gefässkrisen. (Crises) respiratoires et circulatoires.) (*W. M. W.*, 11) — **Bing.** Tabische Paroxysmen. (*M. K.*, 14) — **Eppinger** et **Hess.** Zur Kasuistik der Atemstörungen bei Tabes dorsalis. (Troubles respiratoires dans le tabes. (*W. K. W.*, n° 24, 17 juin 1909, p. 852.) — **Léri** (**A.**) et **Boudet.** Sur l'origine des paralysies du spinal dans le tabes. Lésion centrale bulbo-médullaire probable, simulant une paralysie associée du spinal, de l'hypoglosse et de la zone radiculaire supérieure du plexus brachial (*Soc. de neur.*, 6 mars 1909.) — **Thompson.** Troubles de la sensibilité dans le tabes. (*L.*, 4463.) — **Patzke** (**Johannes.**) Das Vorkommen von Muskelatrophien bei Tabes. (*I. D.*, Berlin, juin 1909.) — **André-Thomas.** De quelques altérations des racines antérieures dans le tabes. (*Soc. de neur.*, 13 mai 1909. *R. N.*, XVII, n°s 10 et 11, 30 mai et 5 juin 1909, p. 668 et 683.) — **Pusey** (**W. A.**). A case of locomotar ataxia in a patient presenting numerous ulcerating gummata in the skin. (*Chicago neurol. soc.*, 28 janv. 1909. *J. N. M. D.*, XXXVI,

n° 7, juill. 1909, p. 429.) — **Bikelé.** The relation between aneurysm of the aorta and tabe dorsalis. (*M. R.*, 8 mai 1909, p. 800.) — **Burwinkel (O.).** Die Rückenmarksschwindsucht (Tabes) ihre Ursachen und Bekämpfung. (*Aerztlichen Rundschau*, München.) — **Jacoby (J. R.)** The re-educational treatment of locomotor ataxia. (*M. R.*, 8 mai 1909, p. 791.) — **Belugou (A.)** Le choix d'une station thermale pour les tabétiques. Étude comparative. (*Poitou medical.*, XXIV, n° 6, juin 1909, p. 137.) — **Müller.** Zur Behandlung der Tabes dorsalis. (*M. K.*, 23 mai 1909, p. 769.) — **Denslow.** Surgical treatment of locomotor ataxia. (*A. S.*, juin 1909, p. 737.) — V. **Réflexes cutanés** : Busch.

SYRINGOMYÉLIE. — **Ebbecke (Ulrich).** Trauma und Syringomyelie. (*I. D.*, Kiel, mars-mai 1909.) — **Karl Petren.** Klinische Beiträge zur Kenntnis der Syringomyelie und Hämatomyelie. (*D. Z. N.*, XXXVI, f. 5, 6 juin 1909, p. 400.) — **Petren (Karl).** Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathogenese der Syringomyelie und der Syringobulbie. (*V. A.*, 196, 1909, p. 377.) — **Chenet** et **Jumentié.** Un cas de syringomyélie avec mutilations spontanées des doigts. (*Soc. de neur. de Paris.*, 3 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 788.) — **Gowers (W. R.).** A lecture on myopathy and syringomyelia. (*B. M. J.*, 8 mai 1909, p. 1101.) — **Joerdens.** Ueber eine seltene Kombination von Syringomyelie mit Cutis laxa und Hyperflexibilitat. (*M. K.*, 6 juin 1909, p. 849.) — **Leszynsky (W. M.).** A case for diagnosis. (Un cas à diagnostiquer.) (*N. Y., neurol. soc.* 2 mars 1909. *J. N. M. D.*, XXXVI, n° 7, juillet 1909. p. 420.) — **Touchard** et **Mme Fabre.** Un cas de syringomyelie traité par le radium. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 647.)

TUMEURS DE LA MOELLE. — **Meyer (O. B.).** Beitrage zur Kenntnis der Tumoren des Rückenmarkes. (*Physikalisch-mediz. Gesells zu Wurzburg.*, 17 juin 1909.) — **Sick.** Fall von glücklich operirtem Rückenmarkstumor. (*Aerztlicher Verein zu Hamburg.* S. du 4 mai 1909.) — **Douglas-Crawford.** Operation for removal of intra-spinal tumour. (*L. M. C. J.*, juill. 1909, p. 315.) — V. **Tumeurs méningées. Chirurgie.**

LÉSIONS DISSÉMINÉES

MALADIE DES CAISSONS. — **Wondra (Ludwig).** Ueber 2 Falle von Caisson Krankheit. (*I. D., Konisberg*, 1909.)

SCLÉROSE EN PLAQUES. — **Pfeilschmidt (Waldemar).** Beitrag zur Lehre von der multiplen Sklerose des Zentralnervensystems. (*I. D.*, Berlin, juin 1909.) — **Tschechowsky (Mlle).** Ueber die multiple Sklerose. (*I. D.*, Leipzig, avril 1909.) — **Cramer.** Multiple Sklerose und Unfall. (Sclérose en plaques et traumatisme.) (*44 Wanderversammlung des Vereins der Irrenarzte Niedersachsens u. Westfalens in Hannover.* S., 1er mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 636.) — **Spiller (William G.)** et **Woods (Andrew H.).** The syphilitic form of multiple sclerosis. (*Philadelphia neur. soc.*, 22 janv. 1909.) — **Raymond.** Sclérose en plaques et hysterie. (*J. Pr.*, 1er mai 1909, p. 275.) — **Von Strümpell.** Fall von weit vorgeschrittener multipler Sklerose. (Sclérose en plaques très étendue.) (*Gesells f. inn. Mediz. und Kinderh. in Wien.*, 17 juin. *W. M. W.*, n° 27, p. 1577.) — **Dixon Maun.** On the extremes in mutability of symptoms in disseminate sclerosis. (*B. M. J.*, 17 juillet 1909, p. 133.) — **Gordon (Alfred).** Diseases of the optic nerve as an early or earliest sign of multiple sclerosis. (Affections du nerf optique comme signe précoce de sclerose en plaques.) (*Philadelphia neur. soc.*, 22 janv. 1909.) — **Rinke (Viktor).** Zur differentialdiagnose der paraplegischen Formen der multiplen Sklerose. (Diagnostic différentiel des formes paraplégiques de la sclérose en plaques.) (*I. D.*, Berlin, juin 1909.) — **Kretschmer (Herman L.).** Demonstration of a case of multiple sclerosis, with priapism extending over a period of eighteen years. (*Chicago neur. soc.*, 28 janv. 1909. *J. N. M. D.*, XXXVI, n° 7, juillet 1909, p. 427.) — **Vidoni (Giuseppe).** Epilessia psichica e motoria in un caso di sclerosi multipla. (*R. I. N.*, II, f. 7, juillet 1909, p. 307.) — **Benoist (E.).** Syndrome paralytique. Disparition des troubles mentaux. Persistance d'une sclérose en plaques fruste. (*S. C. M. M.*, II, n° 6, juin 1909, p. 205.) — **Schwarz (Theo).** Zur Casuistik der multiplen Sclerose. (*S. P. M. W.*, n° 17, 1909, p. 243.) — **Coriat (J.-H.).** A peculiar form of family nervous disease resembling multiple sclerosis occurring in children. (Forme particulière d'une maladie nerveuse chez l'enfant, ressemblant à la sclérose en plaques.) (*B. M. S. J.*, n° 2, avril 1909, p. 506.) — **Lhermitte (J.)** et **Guccione (A.).** Lésions de la névroglie des cylindres-axes et des vaisseaux dans la sclérose en plaques. (*Soc. de neur. de Paris*, 10 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 810.) — **Marinesco (G.)** et **Minea (J.).** Note sur les lésions fines des fibres et des cellules nerveuses dans la sclérose en plaques. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 21, 18 juin, p. 990.) — **Marinesco (G.).** Deux cas de sclérose en plaques améliorés par la radiothérapie. (*A. E. M.*, 10 juin 1909.) — V. **Lésions protubérantielles** : Krieger; **Réflexes cutanés** : Busch; **Traumatisme** : Ingelrans.

SYNDROMES SPÉCIAUX

MALADIE DE FRIEDREICH, HÉRÉDO-ATAXIE CÉRÉBELLEUSE. — **Armand-Delille** et

Feuillée (J.). Maladie de Friedreich au début, avec déformation caractéristique du pied. (*B. S. P.*, janv. 1909, p. 4.) — **Jumentié** et **Chenet**. Troubles de la sensibilité dans un cas de maladie de Friedreich. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909. *R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 944.) — **Raymond** et **Rose** (F.). Un cas de maladie familiale intermédiaire à la paraplégie spasmodique et l'hérédo-ataxie cérébelleuse. (*E.*, IV, n° 3, 10 mars 1909, p. 209.) — **Massalongo**. Les maladies nerveuses familiales. (*A. G. M.*, LXXXIX, V, 3 mars 1909, p. 129.) — V. **Paraplégie**.

MALADIE DE THOMSEN. — **Donskoff**. Un cas de myotonie congénitale. (*Moniteur (russe) neurologique*, f. 1, 1909.) — **Steinert** (**Hans**). Ueber das klinische und anatomische Bild des Muskelschwunds der Myotoniker. (Type clinique et anatomique de l'atrophie musculaire du myotonique.) (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1-2, 25 juillet 1909, p. 58.) — **Brissaud** et **Bauer**. Sur les troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen. (*R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 600.)

MALADIE DE PARKINSON. — **Janischewsky** (**A.**). Un cas de maladie de Parkinson avec syndrome pseudo-bulbaire et pseudo-ophtalmoplégique. Quelques considérations sur la pathogénie de cette maladie. (*R. N.*, XVII, n° 13, 15 juillet 1909, p. 823.) — **Dyleff** (**Mlle Alexandra**). Sur certaines particularités de la force musculaire dans la maladie de Parkinson. (*E.*, IV, n° 7, 10 juillet 1909, p. 28.) — **Castéran**. Pathogénie de la maladie de Parkinson. (*Thèse de Paris*, 15 juillet 1909.) — **Alquier**. Parathyroïdes et maladie de Parkinson. (*Soc. de neur.*, 1er juillet 1909. *R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 934.) — V. **Thyroïdes** (pathologie) : L. Parhon. **Hystérie** : Müller de la Fuente.

SYNDROME D'ERB-GOLDFLAM. — **Laignel-Lavastine** et **Boudon**. Un cas de myasthénie grave d'Erb-Goldflam avec autopsie. (*Soc. de neur. de Paris*, 13 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 658.) — **Riegel**. Myasthenia gravis pseudoparalytica. (*Nürnberger Mediz. Gesells. u. Poliklinik.*, 7 janv. 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 21, 25 mai 1909, p. 1102.) — **Bizzari** (**U.**). Su di un caso di morbo di Erb-Goldflam. (*R. Accademia dei Fisiocritici in Siena*, 28 mars 1909.) — **Boudon**. La myasthénie grave. Anatomie pathologique et pathogénie. (*Thèse de Paris*, 22 juillet 1909.) — V. **Dystrophie musculaire** : Chvosteck.

SYNDROME DE FLEISCHER. — **Fleischer**. Die periphere braun-grünliche Hornhautverfärbung als Symptom einer eigenartigen Allgemeinerkrankung. (*M. M. W.*, LVI, n° 22, 1er juin 1909, p. 1120.) — **Romme**. Un nouveau syndrome: diabète bronzé avec pseudo-sclérose en plaques et hémo-chromatose de la cornée. (*Ps. M.*, n° 51, 26 juin 1909, p. 459.)

PATHOLOGIE DES MÉNINGES

Quincke (**H.**). Zur Pathologie der Meningen. (*D. Z. N.*, XXXVI, f. 5-6, 1909, p. 343.)

MÉNINGITES

Elser (**William J.**) et **Huntoon** (**F.-M.**). Studies on meningitis. (*Journ. med. research.*, XX, nos 111, 112, 113, 114, 1909.) — **Tinel** (**J.**). Les lésions radiculaires dans les méningites. (*R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 741.) — **Pissavy** (**A.**) et **Guggenheim**. Méningite avec infection microbienne abondante sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1224.) — **Milligan** (**W.-A.**). Meningitis associated with a leptothrix bacillus. (*Proc. Roy med. soc. Section of disease in children*, mai 1909, p. 203.) — **Orlandini**. Sur la symptomatologie oculaire dans les méningites; étude particulière des altérations du nerf optique. (*R. V. S. M.*, 15 fév. 1909.) — **Greco**. Sur l'importance technique du réflexe collatéral des membres inférieurs dans les méningites des enfants. (*Rev. d'hyg. et de méd. infant.*, n° 2, 1909, p. 130.) — **Brissaud** et **Sicard**. Méningite ambulatoire postérieure. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 631.) — V. **Hystérie** : Masbrenier. **Abcès cérébraux**.

MÉNINGITES AIGUES, OTOGÈNES. — **Goldstein**. 4 Fälle von meningitis serosa. (*Verein f. wissensch. Heilkunde zu Konigsberg i Pr.* S. du 17 mai 1909.) — **Muskens**. Méningite séreuse. (*Tijdschr. voor Geneesk*, n° 15.) — **Delfosse** (**Clément**). Des méningites suraiguës consécutives aux affections de l'appareil respiratoire chez les enfants. (*J. S. M. L.*, 19 et 26 juin et 3 juillet 1909.) — **Brelet**. Considérations sur les méningites aiguës non tuberculeuses et non suppurées. (*G. M. N.*, XXVII, n° 6, 6 fév. 1909.) — **Gauthier** (**P.**). Curabilité des méningites aiguës et spécialement de la méningite otogène. (*A. M. O.*, n° 5, mai 1909, p. 584.) — **Lermoyez**. Le diagnostic de la méningite aiguë otogène. (*A. M. O.*, n° 4, avril 1909, p. 397.)

MÉNINGITE PNEUMOCOCCIQUE. — **Fischer** (**B.**). Pneumokokkenmeningitis. (*Aerztlicher Verein in Frankfurt*, 1er mars 1909.) — V. **Pneumonie** : Doré.

MÉNINGITE STREPTOCOCCIQUE. — **Weill** et **Mouriquand**. Méningite scarlatineuse streptococcique. (*L. M.*, CXIII, n° 32, p. 225.)

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE. — **Ferron** (**Michel**). La première description de la méningite cérébro-spinale épidémique par le docteur Louis Lespès (de Saint-Sever), 15 mars 1838. (*B. M.*, XXIII, n° 46, 12 juin 1909, p. 551.) — **Spick** et **Lévy**. A quelle époque remonte la première description de la méningite cérébro spinale épidémique. (*B. M.*, 28 juillet 1909.) — **Castaigne** (**J.**). Données nouvelles sur la méningite cérébro-spinale. (*J. M. P.*, 5 juin 1909, p. 223.) — **Menard**. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique. (*Thèse de Paris*, 24 juillet 1909.) — **Knauth**. Ein Beitrag zur Aetiologie der Genickstarre und darauf bezügliche Nutzanwendung. (Étiologie de la méningite cerebro-spinale, les applications pratiques en rapport avec elle.) (*D. M. W.*, n° 26, 1909.) — **Saint-Clair Symmers** et **Wilson**. Some points bearing on the bacteriology of cerebro-spinal meningitis. (*Journ. of Hygiene*, avril 1909, p. 9.) — **Arkwright**. Varieties of the meningococcus, with special reference to a comparison of strains from epidemic and sporadic sources. (*Journ. of Hygiene*, avril 1909, p. 104.) — **Louis** (**J.**). Sur la précipito-réaction de Vincent dans la méningite cérébro-spinale. (*C. R. S. B.*, LXVI, 18, 28 mai 1909, p. 814.) — **Vincent** (**H.**). Remarques sur le précipito-diagnostic de la méningite cérébro-spinale. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1229.) — **Vincent** et **Bellot**. Nouvelles recherches sur le précipito-diagnostic de la méningite cérébro-spinale. (*B. S. H.*, XXVI, n° 18, 27 mai 1909, p. 952.) — **Dopter** (**Ch.**). Précipitines méningococciques et co-précipitines. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 23, 2 juillet 1909, p. 1025.) — **Mestrezat** (**W.**) et **Roger** (**H.**). Analyses du liquide céphalo-rachidien dans la méningite cérébro-spinale à meningocoques. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 26, 23 juillet 1909, p. 203.) — **Fiessinger** (**N.**) et **Marie** (**P.-L.**). Le ferment protéolytique des leucocytes dans les méningites aiguës a méningocoques. (*C. R. S. B.*, LXVI, 20, 11 juin, p. 915.) — **Meyer** (**Anton**). Die Behandlung der meningitis cerebrospinalis épidemica mit dem von Kolle-Wassermann hergestellten Meningokokkenheilserum (13 Fälle). (Traitement de la méningite cérébro-spinale par le sérum de Kolle-Wassermann.) (*I. D.*, Leipzig, 1909.) — **Mongour** (**Ch.**) et **Roche**. Méningite cérébro-spinale. Réaction de Wassermann négative avec le liquide céphalo-rachidien, positive après injection intra-arachnoïdienne de sérum antiméningococcique. (*C. R. S. B.*, LXVI, 22, 25 juin, p. 1039). — **Salebert** et **Louis** (**J.**). Des méningites cérébro-spinales abortives, à liquide clair, sans meningocoques apparents. Leur démonstration par la réaction de Vincent. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1226.) — **Netter** (**A.**) et **Debré** (**E.**). Liquide céphalo-rachidien limpide au cours des méningites cérébro-spinales. (*C. R. S. B.*, LXVII, n°s 22 et 27, p. 1009 et 1252.) — **Salebert**. La méningite cerebro-spinale épidémique à Rennes pendant l'hiver 1908-1909. Traitement sérothérapique. (*B. S. H.*, XXVI, n° 18, 27 mai 1909, p. 933.) — **Petit** (**G.**). La méningite cérébro-spinale dans le Pas-de-Calais. (*E. M. N.*, XIII, n° 30, 25 juillet 1909, p. 345.) — **Flu** (**P.-C.**). Ueber einen Fall von Meningitis cerebrospinalis epidemica in den Tropen. (Méningite cérébro-spinale épidémique aux tropiques.) (*A. S. T.*, XIII, 1909, p. 38.) — **Bertrand**. Épidémie de méningite cérébro-spinale de Sainte-Marie-Laumont (Calvados). (*Année méd. de Caen*, XXXIV, n° 5, 1er mai 1909, p. 234.) — **Brée**. Un cas de méningite cérébro-spinale. (*L'Année medicale de Caen*, XXXIV, n° 7, juillet 1909, p. 311.) — **Menetrier** (**P.**) et **Mallet** (**R.**). Méningite cérébro-spinale à méningocoques. (*T. M.*, XLII, n° 24, 12 juin 1909, p. 375.) — **David** (**A.**). Un cas de méningite cérébro-spinale. (*J. S. M. L.*, 17 juillet 1909.) — **Raw**. Méningite cérébro-spinale. (*L.*, n° 4465.) — **Halipré** et **Delabrousse**. Un cas de méningite cerebro-spinale à marche aiguë. (*Soc. de méd. de Rouen*, 10 mai 1909. *Nm. M.*, XXV, n° 11, 1er juin 1909, p. 178.) — **Terrien** et **Bourdier**. Les troubles oculaires immédiats dans l'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale. (*B. S. H.*, XXVI, n° 21, 24 juin 1909, p. 1300. *Arch. d'ophtal.*, 15 mai 1909, p. 301.) — **Rimbaud** (**L.**). Les épistaxis dans la méningite cérébro-spinale. (*G. H.*, 71, 24 juin 1909, p. 905.) **Reiche** (**F.**). Pharyngitis exsudativa ulcerosa meningococcica. (*B. K. W.*, XLVI, n° 29, 19 juillet 1909, p. 1360.) — **Bar**. La méningite cérébro-spinale chez la femme enceinte. (*J. M. P.*, 12 juin 1909, p. 233.) — **Colibert**. La méningite cérébro-spinale chez les nourrissons (formes anormales). (*Thèse de Paris*, 20 juillet 1909.) — **Boinet** et **Rouslacroix**. Lésions des centres nerveux dans la méningite cérébro-spinale épidémique. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 23, 2 juillet 1909, p. 1115.) — **Lejonne** (**P.**) et **Rose** (**Félix**). Myélite centrale consécutive à une méningite cérébro-spinale. (*B. S. H.*, XXVI, n° 24, 8 juillet 1909, p. 23.) — **Porte**. Méningite cérébro-spinale. Guérison à la suite d'une ponction lombaire. (*Dauphiné médical*, mai 1909.) — **Lemoine** et **Gaehlinger**. Un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques traité par les injections intrarachidiennes de sérum antidiphtérique. (*B. S. H.*, XXVI, n° 24, 8 juillet 1909, p. 2.) — **Netter** (**Arnold**). Inefficacité du serum antidiphtérique dans le traitement de la méningite cérébro spinale. (*B. S. H.*, XXVI, n° 25, 15 juillet 1909, p. 59.) — **Flexner** (**Simon**). The present status of the serum treatment of epidemic cerebro-spinal meningitis. (*N. Y. neurol. soc.*, 2 mars 1909. *J. N. D.*, XXXVI, n° 7, juillet 1909, p. 424.) — **Bruno Leick**. Serumtherapie bei epidemischer Genickstarre. (*M. M. W.*, LVI, n° 25, 22 juin 1909, p. 1275.) —

Comby (J.). Action comparée des différents sérums antiméningitiques. (*B. S. M. H.*, XXVI, n° 25, 15 juillet 1909, p. 52.) — **Sladen, Knox** et **Cushing**. Injections de sérum antiméningococcique. (*J. A. M. A.*, n° 9.) — **Mossé**. Sur un cas de méningite cérébro-spinale guérie par les injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique. (*L. L. M.*, 15 mai 1909, p. 245.) — **Dopter** (Ch.). La sérothérapie antiméningococcique dans cent quatre-vingt-seize cas de méningite cérébro-spinale épidémique. (*B. S. H.*, XXVI, n° 24, 8 juillet 1909, p. 39.) — **Robert** (C.) et **Roudinesco** (A.). Trois cas de méningite cérébro-spinale épidémique guéris par le sérum antiméningococcique. (*C. I.*, 1er juillet 1909, p. 394.) — **Teissier** (Pierre). Vingt-trois cas de méningite cérébro spinale traités par le sérum antiméningococcique. (*B. S. H.*, XXVI, n° 18, 27 mai 1909, p. 940.) — **Comby**. Méningite cérébro-spinale. Sérothérapie. (*B. S. H.*, XXVI, n° 18, 27 mai 1909, p. 946.) — **Salebert**. Sur un cas de méningite cérébro-spinale épidémique. Accidents sériques. Anaphylaxie. Guérison. (*B. S. H.*, XXVI, n° 25, 15 juillet 1909, p. 47.) — **Netter** (**Arnold**) et **Debré** (**Robert**). Éruptions sériques après injections intrarachidiennes. Constatation du sérum de cheval dans le sang après les injections dans le canal rachidien. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 25, 16 juillet 1909, p. 100.) — **Netter** (**A.**) et **Debré** (**R.**). Les éruptions sériques après injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique. (*C. R. S. B.*, 21, LXVI, 18 juin, p. 976.) — **Netter** (**Arnold**). Des accidents consécutifs à l'emploi du sérum antiméningococcique. Anaphylaxie. Les élévations de la température ne sauraient, à elles seules, suffire pour faire poursuivre les injections. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 janv. 1909, p. 1013.) — **Menetrier** (**P.**) et **Mallet** (**R.**). Méningite cérébro-spinale à méningocoques. Traitement sérothérapique prolongé. Accidents d'intoxication sérique par intolérance ou anaphylaxie. Guérison. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1008.) — **Netter** (**Arnold**) et **Debré** (**Robert**). Soixante-sept cas de méningite cérébro-spinale traités par la sérothérapie antiméningococcique dont cinquante par le sérum de Flexner. (*B. S. H.*, XXVI, n° 25, 15 juillet 1909, p. 56.) — **Marsh** et **Williams**. Treatment of cerebro-spinal meningitis in children with Flexner and Jobling's anti-serum. (*L. M. C. J.*, juillet 1909, p. 270.) — **Roger, Margarot** et **Mestrezat**. Méningite cérébro-spinale à méningocoques. Début et séquelles d'ordre mental, injections intrarachidiennes d'électrargol et de sérum de Dopter (guérison). Analyse clinique du liquide céphalo-rachidien. (*Mp. M.*, 20 juin 1909, p. 577.) — **Ducournau** (**F.**). Sur un cas de méningite cérébro-spinale guéri par l'emploi du sérum de Dopter. (*J. M. C. P.*, 25 mai 1909.) — **Bonnemaison** et **Pecker**. Méningite cérébro-spinale grave; traitement par le sérum de Dopter; guérison. (*A. M. E.*, juillet 1909, p. 521.) — **Castaigne** (**J.**) et **Rivet** (**L.**). Méningite cérébro-spinale épidémique compliquée d'hémiplégie. Comparaison chez un même malade des effets thérapeutiques de l'électrargol et du sérum de Dopter. (*B. S. H.*, XXVI, n° 17, 20 mai 1909, p. 900.) — **Netter**. Méningococcémie sans méningite cérébro-spinale. Guérison par le serum antiméningococcique. Résultats de la sérothérapie dans soixante-huit observations personnelles de méningite cérébro-spinale. (*Académie de médecine*, 27 juillet 1909.) — **Marcq** (**J.**). Recherches sur la méningite cérébro-spinale enzootique du cheval. (*Ann. méd. vét.*, janv. 1909.) — **Larkins** (**Frank E.**). Cerebro-spinal fever. (*Pr.*, juin 1909, p. 776.) — — V. **Spondylarthrite**.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE. — **Paisseau** (**G.**) et **Tixier** (**L.**). Méningite tuberculeuse et surinfection. (*G. H.*, LXXXII, n° 77, 8 juillet 1909, p. 979.) — **Chapireau**. Deux cas de tuberculose meningée consécutive à une absorption de lait provenant d'une étable contaminée. (*Année méd. de Caen*, XXXIV, n° 5, 1er mai 1909, p. 232.) — **Juséphovitch**. Des formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'enfant (essai de classification). (*Thèse de Montpellier*, 8 juillet 1909.) — **Voisin** (**Roger**). Méningite tuberculeuse anormale chez une jeune épileptique. (*Rev. de la tuberculose*, n° 3, 1909.) — **Higgs** (**F.-W.**). A case of tuberculous meningitis without tubercles. (*B. M. J.*, 15 mai 1909, p. 1170.) — **Sondern**. The diagnostic value of lumbar puncture in acute tuberculous meningitis of children. (*A. Pd.*, juin 1909, p. 424.) — **Mestrezat** (**W.**) et **Gaujoux** (**E.**). Analyses du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 23, 2 juillet 1909, p. 1089.) — **Mestrezat** (**W.**) et **Gaujoux** (**E.**). Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse (essai d'établissement d'une formule chimique). (*R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 733.) — **Vincent** (**H.**). Existence d'anticorps précipitants dans le liquide céphalo-rachidien de méningite tuberculeuse (note préliminaire). (*C. R. S. B.*, LXVI, 20, 11 juin, p. 918.)

MÉNINGITES SYPHILITIQUES. — **Mayer** (**Nikolaus**). Ueber syphilitische Leptomeningitis basalis. (*I. D.*, München, avril 1909.) — **Mott** (**F.-W.**). A case of gummatous meningitis in a congenital syphilitic. (Méningite gommeuse dans la syphilis congénitale.) (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 58.) — **Vincent** (**C.**). Un nouveau cas de méningite chronique syphilitique sans symptômes cliniques. (*Soc. de neur. de Paris*, 3 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 805.) — **Mott** (**F.-W.**). A case of localised syphilitic pachymeningitis cerebri, with speech affection. (Pachyméningite syphilitique localisée avec trouble de la parole.) (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 63.)

MÉNINGITES SPINALES. — **Paranthos** (**Ulys**). Un novo bacillo hemophilico encontrado em

um caso de meningite espinhal. (Un nouveau bacille, poussant sur milieux au sang, trouvé dans un cas de méningite spinale.) (*Revista medica de S. Paulo*, 15 février 1909.) — **Horsley** (**V.**). Méningite spinale chronique; son diagnostic différentiel et son traitement. (*J. M. C. P.*, 10 juin 1909.)

ABCÈS EXTRADURAL. — **Jones** (**Arnold**). An unusual case of extradural (peri-sinus) abscess of otitic origin and its relation to melancholic stupor. (*L.*, 3 juillet 1909, p. 16.) — **Rudloff.** Extraduraler abscess mit Sprachstörungen. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, LXXIX, f. 1-2, 1908, p. 112.) — V. **Abcès cérébraux.**

HÉMORRAGIES MÉNINGÉES

Saint-Clair (**P.-M.**) et **Allen Jakson** (**J.**). Report of a case of meningeal hemorrage. (*A. et N.*, XXX, n° 2, mai 1909, p. 130.) — **Braillon.** Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne chez un lycéen de seize ans. Symptomatologie de la méningite tuberculeuse. Ponction lombaire. Guérison. (*Gazette méd. de Picardie*, mai 1909, p. 130.) — **Torbert.** Intracranial haemorrhage in the new born. (Hémorragie intracranienne chez le nouveau-né.) (*B. M. S. J.*, 22 avril 1909, p. 500.) — **Galliard** (**L.**) et **Boyé.** Hémorragie méningée rapidement guérie. (*B. S. H.*, XXVI, n° 21, 24 juin 1909, p. 1268.) — **Widal** (**F.**) et **Joltrain.** Biligénie hémolytique locale dans l'hémorragie méningée. (*C. R. S. B.*, LXV, 20, 11 juin, p. 927.) — **Castaigne** (**J.**) et **Weill** (**A.**) Un cas d'hémorragie méningée avec biligénie hémolytique locale. Présence d'une sensibilisatrice dans le liquide céphalo-rachidien. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 22, 25 juin, p. 1014.) — V. **Lésions des sinus.**

TUMEURS MÉNINGÉES. — **Bourilhet.** Kyste séreux des méninges chez un épileptique. (*S. C. M. M.*, II, n° 6, juin 1909, p, 224.) — **Marie** (**A.**). Tumeur de la dure-mère, troubles mentaux et compression cérébrale. (*S. C. M. M.*, II, n° 6, juin 1909, p. 226.) — **Marshall** (**R.**). Four cases of intracranial tumour with mental symptoms. (*J. M. S.*, LV, n° 229, avril 1909, p. 310.) — **Macnaughton-Jones.** Malignant tumour in the spinal meninges, with invasion of the cord. (*Proc. Roy. soc. of méd. Clin. sect.*, avril 1909, p. 176.) — **Bing** (**Rob.**) et **Bircher** (**E.**). Ein extraduraler tumor am Halsmark. (Tumeur extradurale de la moelle cervicale.) (*D. Z. C.*, XCVIII, f. 2-3, mars 1909.) — **Henzler** (**Gottlob.**). Ueber einen Fall von Cysticercus racemosus der weichen Häute des Gehirns und Rückenmarks. (Sur un cas de cysticercus rac. de la leptoméninge cérébrale et médullaire.) (*I. D.*, Tübingen, mai 1909.) — V. **Cysticercose cérébrale.**

LÉSIONS DES SINUS

HÉMORRAGIE. — **Molinié** (**J.**). Hémorragie du sinus caverneux. (*R. H. L.*, 26 juin 1909, p. 753.)

THROMBOSE. — **Passow.** Ueber Kompressionsthrombose des Sinus sigmoideus. (*Berliner otolog Gesells.*, 25 juin 1909.) — V. **Ethmoïdite.**

PATHOLOGIE DU CRANE ET DU RACHIS

CRANE

FRACTURE DU CRANE. — **Hogarth Ringle** (**J.**). On percussion as an aid to the diagnosis of fractures of the skull. (*E. M. J.*, II, n° 6, juin 1909, p. 526.) — **Jallès.** Contribution à l'étude de la percussion du crâne (valeur séméiologique du bruit de pot fêlé cranien.) (*These de Lyon*, 24 juillet 1909.) — **Sievers.** Ueber einein Fall von Schädelschuss. (*Medizinische Gesells. zu Leipzig.* S. du 9 mars 1909.) — **Voss** (**O.**). Operativ geheilter Fall von frischer Schädelbasisfraktur mit Beteiligung von Mittelohr und Labyrinth (Fracture de la base du crâne avec participation de l'oreille moyenne du labyrinthe. Guérison par opération.) (*XVIII Versammlung der Deutsc. Otologis. Gesells.*, 28 et 29 mai 1909.) — **Brin.** Fracture du crâne par coup de pied de cheval. Embarrure du fragment. Déchirure de la dure-mère et contusion cérébrale. Trépanation. Guérison. (*A. M. An.*, 20 juin 1909.) — **Vollmer** (**Paul**). Zur Behandlung der Schädelschüsse im Felde. (Traitement des coups de feu du crâne en campagne.) (*I. D.*, Berlin, juin 1909.) — **Mazaubert.** De la valeur de la ponction lombaire au point de vue diagnostique et thérapeutique dans les fractures du crâne. (*Thèse de Bordeaux*, 10 juillet 1909.) — **Savy** (**Paul**). La ponction lombaire dans les traumatismes craniens. Traitement des accidents méningés lointains par évacuation de l'épanchement sanguin sous-arachnoïdien. (*L. C.*, 1er mai 1909, p. 767.) — **Broca.** Ponction lombaire pour fracture du crâne. (*Rev. prat. d'obstét. et de pédiat.*, mai 1909.) — **Galichon.** Traitement des enfoncements craniens du nouveau-né. Valeur et indication des divers procédés employés. (*Thèse de Lyon*, 29 juillet 1909.)

ETHMOIDITE. — **Sagebiel.** Akute Siebbeineiterung; Thrombose des Sinus cavernosus, Defekt in der Lamina cribosa. (*Z. O.*, LVIII, f. 1, 2, 1909, p. 129.) — V. **Névrite optique** : Risley.

SINUSITE FRONTALE. — **Onodi.** Die Stirnhöhle. Beiträge zur topographisch-chirurg. Anatomie und zur Lehre von den Erkrankungen der Stirnhöhle. (*Hölder*, Wien, 1909.) — **Harmer.** Indikationen bei Behandlung der Stirnhöhleneiterungen. (*Verein deutscher Aerzte zu Prag.* S. du 23 avril 1909.) — **Rivière (A.).** La forme aiguë des sinusites. (*R. H. L.*, 3 juillet 1909, p. 1.) — V. **N. optique** : Risley.

LÉSIONS PÉTREUSES. MASTOIDITES. — **Baldenwock.** L'ostéite de la pointe du rocher d'origine otique. (*A. M. O.*, XXXV, 7 juillet 1909, p. 35.) — **Bruch (A.).** Mastoïdite scarlatineuse (*A. M. E.*, n° 7, 1909, p. 524.) — **Fournié (J.)** Pathogénie des mastoïdites aiguës diffusées. Discussion sur le rôle de la paracentèse. (*A. M. O.*, XXXV, n° 5, mai, p. 564.) — **Budan.** Essai sur l'emploi de la glycérine boratée dans les pansements des mastoïdites et des évidements petro-mastoïdiens. (*Thèse de Paris*, 21 juillet 1909.)

LÉSIONS DE L'OREILLE INTERNE. — **Voss (O.).** Treten bei doppelseitiger Zerstörung der Vestibularapparate Gleichgewichtsstorungen als Aulsfallserscheinungen aut? (*XVIII Versammlung der Deutsch. Otologis. Gesells.*, 28 et 29 mai 1909.) — **Hennebert** Les épreuves vestibulaires dans les labyrinthes hérédo-syphilitiques. (*Congrès de la Soc. franç. de laryngol., d'ot.*, etc., 12 mai 1909, *A. I. L.*, n° 3, Supp. p. 1135.) — **Stenger.** Beitrag zur Kenntnis der nach Kopfverletzungen auftretenden Veränderungen im inneren Ohr. (Altérations de l'oreille interne survenant après lésions de la tête.) (*Arch. f. Ohrenheilk*, I XXIX, f. 1, 2, 1909, p. 43.) — **Dan M'Kenzie.** Labyrinthine nystagmus and labyrinthine disease. (*Practitioner*, mai 1909, p. 655.) — **Wanner.** Ein Fall von Labyrintheiterung mit Sequesterbildung bei Otitis media purulenta acuta, mit funktionellem Befund. (Labyrinthite avec séquestre dans l'otite moyenne purulente.) (*XVIII Versammlung der Deutsch. Otologis. Gesells.*, 28 et 29 mai 1909.) — **Herzog.** Zur Pathologie der Labyrinthitis. (*XVIII Versammlung der Deutsc. Otologis. Gessells.*, 28 et 29 mai 1909.) — **Allers (Rudolf).** Zur Pathologie des Tonuslabyrinths. (*M. P. N.* XXVI. f. 2, août 1909, p. 116.) — **Scheibe (A.).** Wie ist die im Verlaufe der akuten Mittelohreiterung eintretende frische Labyrintheiterung zu behandeln? In welchen zeitpunkte erfolgt das Uebergreifen auf das Labyrinth? (Comment faut-il traiter la labyrinthite dans le cours de l'otite moyenne aiguë.) (*XVIII Versammlung der Deutsc. Otologis Gesells.*, 28 et 29 mai 1909.) — **Molard.** La ponction lombaire dans le traitement du vertige labyrinthique. (*Thèse de Paris*, 21 juillet 1909.) — **Kümmel.** Taubheit nach ausschliesslicher Verletzung des Sacculus endolymphaticus. (Surdité après lésion du sac endo-lymphatique. (*XVIII Versammlung der Deutsc. Otologis. Gesells.*, 28 et 29 mai 1909.) — **Trétrop.** Quelques cas de labyrinthite. (*Congrès de la Soc. franç. de laryngol., d'otol.*, etc., 12 mai 1909.) — V. **Nystagmus.** Abcès du cerveau : Hegener. **Fracture du crâne.** Voss . **Nerf auditif interne** : Ruttin.

TUMEURS CRANIENNES. — **Algyogyi (H.).** Tumor des Scheidelbasis. (*Aerztlicher Ver. in Nurnberg*, 4 fév., 1909, *M. M. W.*, n° 29, p. 1513.) — **Dahlgren.** Svulster i fossa cranii posterior. (Tumeurs de la fosse cranienne post.) (*Sartryck ur. hygiea.*) — **Gaudier.** Évolution intro-cranienne des polypes fibreux naso-pharyngiens. (*B. L. O. R.*, XII. 3, p. 161.)

CRANE EN TOUR. — **Levi.** Ueber Turmschädel mit Sehnervenatrophie. (Crâne en tour et atrophie optique.) (*F. M.*, 20 mai 1909, p. 529.)

MALFORMATIONS CONGÉNITALES. — **Redslob.** Exophthalmus bei Schädelmissbildungen. (*Unterelsassischer Aerzteverein zu Strassburg*, 8 mai 1909.) — **Fuchs (Arnold).** Ueber eine Furcht mit Hydrenzephalozele, Enzephalozele und Spina bifida. (*I. D.*, München, juin 1909.) **Kaspar.** Vorstellung eines Falles von Zephalozele. (*Aerztlicher Verein in Nürnberg*, 4 fév. 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juill. 1909, p. 1513.)

RACHIS

FRACTURES. — **Muller (H.).** Lésions thoraciques et vertébrales produites par une balle de revolver. (*L. M.*, n° 30, 25 juill., p. 137.) — **Redard P.).** Des traumatismes du rachis dans les accidents du travail. (*Revue clinique*, II, n° 7, 1er juill. 1909, p. 161.)

LUXATIONS. — **Seifert.** Fall von Kompressionsmyélitis nach Atlasverschiebung (Myélite par compression après luxation de l'atlas.) (*Gesells. f. Natur-u. Heilkunde zu Dresden.* S. du 20 fév. 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 23, 8 juin 1909, p, 1205.) — **Shermann.** Cervical dislocation. (*J. A. M. A.*, 5 juin 1909, p. 1833.)

MAL DE POTT. — **Rocher (H. Louis).** Considérations sur la tuberculose inflammatoire. Mal de Pott lombaire. Rhumatisme tuberculeux. Genu valgum. (*G. S. M. B.*, 23 et 30 mai 1909.) — **Wholey.** Pain and Pott's disease, with special reference to backache. (*J. A. M. A.*, 12 juin 1909, p. 1914.) — **Calot.** Le traitement du mal de Pott. (*J. Pr.*, 5, 12, 19, 26 juin 1909.) — **Gallie.** The treatment of high dorsal Pott's disease. (*N. Y. M. J.*, 3 juill. 1909, p. 14.) — **Fioravanti.** L'intervento chirurgico nella cura dell' osteite tubercolare dei corpi vertebrali. (*M.*, Parte I-LI, n° 6 et 7 juin et juill. 1909, p. 209 et 273.)

SPONDYLARTHRITES. — **Landwehr.** Spondylarthritis ankylopoetica nach Meningitis epidemica. (*Archiv. f. Orthopädie, Mecanotherapie u. Unfall.-chirur.*, VII, f. 4, 1909.) — **Reichmann (V.).** Ueber chronische Wirbelsäulenversteifung (Spondylarthritis ankylopoetica) und über einen Fall von Wirbelsäulenversteifung, kompliziert durch Pseudo-hypertrophie der Extremitätenmuskulatur (Sur un cas de spondylose compliquée de pseudohypertrophie de la musculature des extrémités). (*M. G. M. C.*, XX, f. 2, 1909, p. 368.) — **Regnault.** Rhumatisme vertebral ostéophytique, rhumatisme déformant et spondylose rhizomélique. (*Soc. anatomique de Paris*, S. du 28 mai 1909.)

SCOLIOSE. — **Monod (G.).** Les scolioses : Essai de pathogénie. (*A. Maloine*, Paris 1909.) — **Nageotte-Wilbouchewitch (Mme).** Scoliose gauche paradoxale aggravée par la sciatique. (*B. S. P.*, avril 1909, p. 180.) — **Fraikin (A.), Grenier et Cardenal (de).** Les principes du traitement de la scoliose. (*J. M. Bo.*, XXXIX, n° 22, 30 mai 1909, p. 341.) — **Régnier (Pierre).** De la scoliose à ses débuts. (*Journal de physiothérapie*, 15 mai 1909, p. 241.) — **Steindler.** Treatment of scoliosis. (*J. A. M. A.*, 15 mai p. 1909, 1572.) — **Guermonprez (F.).** Le principe de la gymnastique respiratoire dans les défectuosités du rachis. (*J. S. M. L.*, 29 mai 1909.) — V. **Paralysie infantile** : Gaultier. **Corps thyroïde** : Parhon.

LORDOSE. — **Mori (A.).** Nuove osservazioni sul meccanismo di produzione dell' albuminaria transitoria nei bambini mediante la lordosi sperimentale. (*Soc. med. biol. milanese*, S. du 3 mai 1909.)

TUMEURS. — **Bliss.** Kyste du canal vertébral. (*J. A. M. A.*, n° 11.) — **Theobald.** Echinococcose des vertèbres lombaires. (*L.*, n° 4467.) — **Heully (L.).** Un cas de pseudo-méningocèle traumatique bilatérale. (*R. M. E.*, 1er mai 1909, p. 329.)

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHERIQUE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

LÉSIONS TRAUMATIQUES. — **Ranson (Walter).** — Alterations in the spinal ganglion cells following neurotomy. (*J. C. N. P.*, avril 1909, p. 125.) — V. **Paralysie faciale** : Sydenham. **Physiologie** : Régénération des nerfs.

NÉVRITES. — **Schlippe (Paul L.).** Zur Kenntnis seltener infektiöser Mononeuritiden (Mononévrites infectieuses rares). (*D. M. W.*, n° 28, 1909.) — **Fotheringham.** Notes on a case of neuritis. (*Canad. Practitioner.*, juin 1909, p. 350.) — **Kron.** Peripherische Nerven und Unfall (Nerfs périphériques et accidents). (*D. M. W.*, n° 22, 3 juin 1909, p. 969.) — **Dercum (F. X.).** Unusual cases of neuritis associated with spinal symptoms (Cas inhabituel de névrite associée à des symptômes spinaux). (*Philadelphia neurol. soc.*, 26 février 1909. *J. N. M. D.*, XXXVI, n° 7, juillet 1909, p. 417.) — **Sherran (James).** Cases of injury to peripheral nerves, with special reference to their surgical treatment (Clin. section.) (Lésions des nerfs périphériques. Traitement chirurgical). (*Proc. Roy. Soc. of med.*, avril 1909, p. 135.) — **Langley.** On degenerative changes in the nerve endings in striated muscle, in the nerve plexus on arteries, and in the nerve fibres of the frog. (*J. Ph.*, 2 juillet 1909, p. 504.)

POLYNÉVRITE. — **Trevelyan.** Peripheral birth palsy (Paralysie périférique obstétricale). (*Q. J. M.*, juillet 1909, p. 405.) — **Viner.** Multiple neuritis. (*M. M. J.*, mai 1909, p. 295.) — **Herzog (Franz).** Ueber die Erkrankung des Zentralnervensystems bei Polyneuritis degenerativa (Affection du système nerveux central dans la polynévrite dégénérative. (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1-2, 25 juillet 1909, p. 122.)

PSYCHOSE DE KORSAKOFF. — **Deny et Camus (Paul).** Démence polynévritique. (*Soc. de psychiatrie*, 27 mai 1909. *E.*, IV, n° 6, 10 juin 1909, p. p. 588.) — **Aronsohn.** Der Korsakowsche Symptomenkomplex nach Comotio cérébri. Ein Beitrag zur Kenntnis der akuten traumatischen Psychosen. (*D. M. W.*, n° 23, 10 juin 1909, p. 1006.) — **Mattauschek.** Fall von Korsakow'schem Symptomenkomplex infolge von. Hirnlues (Syndrome de Korsakoff après syphilis cérébrale). (*Wissensch. Verein der Militärarzte der Garnison Wien.* S. du 17 avril 1909. *Der Militärarzte*, XLIII, n° 10, 21 mai 1909, p. 154.) — **Morstatt (Paul).** Experimentelle Untersuchungen über Auffassung und Merkfähigkeit bei Kranken mit Korsakoffschem Symptomenkomplex (Recherches expérimentales sur la comprehension et l'attention des malades avec syndrome de Korsakoff). (*I. D.*, Tübingen, mai 1909.)

AMYOTROPHIE NÉVRITIQUE. — **Westphal (A.).** Ueber einen Fall von progressiver neurotischer (neuraler) Muskelatrophie mit manisch depressive Irresein und sog. Maladie des tics convulsifs einhergehend. (*Zeitschr. f. neuere physikal. Medizin*, f. 1.) — V. **Dystrophies musculaires.**

NEUROFIBROMATOSE, TUMEURS. — **Harbitz.** Développement de tumeurs dans les nerfs. (*Norsk. Mag. f. Laegevid*, nos 2 à 4). — **Healy.** Neurofibromatose. (*J. A. M. A.*, 12.) —

Valude (E.). Neurofibrome de l'orbite développé au dépens du nerf frontal. (*A. Oc.*, juin 1909. p. 440). — **Pouget**. Fibromatose généralisée ou maladie de Recklinghausen. (*Soc. anat. et physiol. normales et pathologiques de Bordeaux*, 1er mars 1909. *J. M. Bo.*, XXXIX, n° 21, 23 mai 1909, p. 330.) — **Astraud**. Petits et grands accidents nerveux de la maladie de Recklinghausen. (*Thèse de Paris.*, 17 juin 1909.) — V. **Nerf acoustique. Racines rachidiennes. Sympathique.**

PATHOLOGIE DES NERFS CRANIENS.

NÉVRITE OPTIQUE. — **Risley (S. D.)**. Optic neuritis associated with disease of the frontal sinus and ethmoidal cells. (Nevrite optique associée à une affection du sinus frontal et des cellules éthmoïdales). (*Philadelphia neurol. soc.*, 22 janvier 1909.) — **Rollet** et **Aurand**. Névrites optiques et ophtalmie sympathique expérimentales. (*Soc. d'ophtalmol. de Lyon*, 6 janvier 1909.) — **Marek R.** . Neuritis optica infolge von Metrorrhagien, geheilt durch vaginale Totalexstirpation des Uterus (Nevrite optique consécutive à des métrorragies rebelles, guérie par l'extirpation vaginale totale de l'utérus). (*W. K. W.*, n° 25, 18 juin 1909. p. 811.) — **Carlotti** Les déterminations neuro-rétiniennes de la leucémie myéloïde. (*Thèse de Paris*, 24 juillet 1909.) — **Tenney**. Dropsy of the optic nerve sheath (Hydropisie de la gaine du nerf optique). (*J. A. M. A.*, 3 juillet 1909, p. 12.) — V. **Tumeurs cérébrales, infection méningococcique, diabète, sclérose en plaques** : Gordon. **Crâne en tour. Aphasie** : Neisser. **Ophtalmoscopie.**

PARALYSIES OCULAIRES. — **Martin Cohen**. A case of paralysis of the inferior oblique muscle of the left eye. (*A. Op.*, mai 1909, p. 282.) — **Angus Macnab**. A simple method of diagnosis in paralysis of the extrinsic muscles of the eye. (*L.*, 19 juin 1909, p. 1753.) — **Biels. chowski (A.)**. Zur Frage der Lokalisierung assoziierter Blicklähmungen. (*M. P. N.*, XXV, f. 3, mars 1909, p. 267.)

NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU. — **Lévy (Fernand)**. Diagnostic des névralgies faciales. (*Ps. M.*, n° 46, 9 juin 1909, p. 419.) — **Preiswerk (Paul)**. Ein Beitrag zu den Trigeminusneuralgien dentalen Ursprungs. (*M. M. W.*, LVI, n° 27, 6 juillet 1909, p. 1370.) — **Bolten (G.-C.)**. Névralgie du trijumeau récidivante et persistance de la sensibilité après extirpation du ganglion de Gasser. (*Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*, I, n° 24.) — **Brossmann (Edmund)**. Die Resektion des Nervus buccinatorius bei Trigeminusneuralgie. (*I. D.*, Greifswald, mai 1909.) — **Hulles**, Beitrag zur operativen Behandlung der Trigeminusneuralgie. (*W. K. W.*, n° 27, 8 juillet 1909. p. 957.) — **Méret (H.)**. Névralgie faciale guérie par le courant continu à haute intensité (méthode de Bergonié). — (*Soc. de méd. de Rouen*, 19 avril 1909. *Nm.*, XXV, n° 9, 1er mai 1909, p. 193, *A. E. M.*, 10 juin 1909, p. 419.)

KÉRATITE NEUROPARALYTIQUE. — **Wolfrum**. Keratitis neuroparalytica (*Medic. Gesells. zu Leipzig*, 23 février 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 21, 20 mai 1909, p. 1101.)

ZONA DU TRIJUMEAU. — **Chompret**. Zona buccal de la IIe branche du trijumeau (*Revue de stomatologie*, XVI, n° 3, mars 1909, p. 119.) — **Mignon**. Zona otique. (*B. L. O. R.*, XII, 3, p. 196.)

TUMEUR DU Ve. — V. **Neurofibromatose.**

PARALYSIE FACIALE. — **Guichard**. Sur un cas de paralysie faciale périphérique d'origine hérédo-syphilitique. (*Annee méd. de Caen*, XXXIV, n° 2, 1er février 1909, p. 77.) — **Fagge (C. H.)**. Inflammatory facial paralysis : Facial accessory anastomosis. (*Proc. Roy Soc.*, avril 1909, p. 148.) — **Ramsay Hunt (J.)** The sensory system of the facial nerve and its symptomatology. (*J. N M. D.*, XXXVI, n° 6, juin 1909, p. 321.) **Hirschfeld (H.)** Beiträge zur Kenntis der Facialislähmung. (*B. K. W.*, XLVI, n° 23, 7 juin 1909, p. 1071.) — **Chanoz**. Sur quelques cas de paralysie faciale périphérique observés dans l'année. (*A. E R.*, XII, n° 6, juin 1909, p. 364.) — **Sydenham (F.)**. Treatment of facial paralysis due to mastoid disease or to the mastoid operation. (*B. M. J.*, 8 mai 1909, p. 1113.) — **Marsh (F.)**. Traitement de la paralysie faciale par section du nerf dans une opération sur la mastoïde. (*B. M. J.*, n° 2527, 5 juin 1909, p. 1356.) — **Ballance Charles A.)**. A case of facial palsy treated by facio-hypoglossal anastomosis in which an anastomosis was also made between the spinal accessory and the distal segment of the divided hypoglossal nerve. (*L.*, 12 juin 1909, p. 1675.) — V. **Lésions pontiques. Nerf acoustique.**

LÉSIONS DU NERF ACOUSTIQUE. — **Urbantschitsch.** Paralysie faciale et acoustique par coup de feu. (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 25 juin.) — **Ruttin.** Zur Differentialdiagnose der Erkrankungen des Vestibular-Endapparates, des Vestibularnerven und seiner zentralen Bahnen (Diagnostic différentiel des affections de l'appareil terminal vestibulaire, du nerf vestibulaire et de ses voies centrales). (*XVIII Versammlung der Deutsc. Otologis. Gesells.*, 28 et 29 mai 1909.) — **Biggs (G. N.)**. A case of multiple intracranial tumours with involvement of both auditory nerves. (*L.*, 3 juillet 1909, p. 14.) — **Schwarz (E.)** Tumor des Nervus acusticus.

(*Gesells. der Aerzte in Wien*, S. du 28 mai 1909.) — V. **Pathologie de l'isthme. Tumeurs ponto-cérébelleuses.**

PARALYSIE RECURRENTIELLE. — Casselberry (W. E.). La paralysie récurrentielle et abductrice du larynx. Diagnostic et traitement. (*A. M. O.*, mai 1909, p. 529.) — **Wischnitz**. Präparat eines Falles von Recurrenslahmung infolge von Lymphosarkom. (*Laryngologische Gesells.*, S. du 19 mars 1909.) — **Simonin**. De l'hémiplégie totale laryngée. Essai de pronostic. (*These de Paris*, 21 juillet 1909.) — **Grabower**. Fall von Carcinom des Œsophagus mit linksseitiger Recurrenslähmung. (*Laryng logische Gesells.*, S. du 19 mars 1909.)

PARALYSIE SPINALE. — V. **Tabes** : Léri et Bondet.

PATHOLOGIE DES RACINES ET DES GANGLIONS RACHIDIENS.

RADICULITES. Dejerine et Tinel. Un cas de radiculite lombo-sacrée à méningocoque. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909. (*R. N.*, XXII, n° 10, 30 mai 1909, p. 635.) — V. **Méningites** : Tinel. **Tabes.**

HERPES ZOSTER. ZONA. — **Weatheaherd** (E.). Herpès dans le territoire des II^e^ et III^e^ racines cervicales postérieures accompagné de paralysie faciale. (*B. M. J.*, n° 2511, 13 février 1909, p. 402.) — **Duclos** (H.). Le traitement du zona par la voltaïsation.) *Annales d'électrobiologie*, n° 4, 1909, p. 228.) — **Minne**. Herpes zoster. (*J. M. Br.*, n° 13.) — **Fasal**. Herpes zoster generalis. (*Archiv. fur Dermatol.*, XCV, 1.) — **Cawadias**. Le traitement du zona. (*C.*, IV, n° 27, 2 juillet 1909, p. 422.) — **Noel** (P.). Persistance de l'anesthésie dans le zona ancien. (*Soc. anat. et physiol. normales et pathologiques de Bordeaux*, 15 mars 1909. *J. M. Bo.*, XXXIX, n° 26, 27 juin 1909, p. 408.)

TUMEURS. — **Sforza** (Nicola). Mixoma della I^a^ e II^a^ radice cervicale. (*P.*, Sez Pra., XVI, f. 24, 13 juin 1909, p. 741.)

LÉSIONS DE LA QUEUE-DE-CHEVAL. — **Umber**. Ueber Cauda equina. Erkrankungen. (*Biologis. Abteilung des ärztlichen Vereins in Hamburg*, 16 mars 1909. (*M. M. W.*, LVI, n° 26, 29 juin 1909, p. 1355.)

PATHOLOGIE DES NERFS RACHIDIENS.

PARALYSIE DU PLEXUS BRACHIAL. — **Stoney-Archer**. Compression of the brachial plexus due to mal-united fracture of the clavicle. (*Journ. R. A. M. C.*, juin 1909, p. 658.) — V. **Côtes cervicales, Hystérie** : Stcherbach.

PARALYSIE DES NERFS DU BRAS. — **Einsler (Adalbert)**. Beitrag zur Lehre der doppelseitigen Radialislähmungen auf alkoholischer Basis (Contribution à l'etude des paralysies radiales alcooliques. (*I. D.*, Kiel, mars, mai 1909.) — **Ballance** (C. A.). Musculospiral and Ulnar Paralysis following Fracture-dislocation of the upper end of the humerus (Paralysie du circonflexe et du cubital après fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. (*Proc. Roy. Soc. of. Med. clin. sect.*, avril 1909, p. 148.)

MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE. — **Price** (George E.). Meralgia paresthetica recurring with repeated pregnancies : case report. (*Philadelphia neurol. soc.*, 26 février 1909. *J. N. M. D.*, XXXVI, n° 7, juillet 1909, p. 418. — **Impallomeni** (Giovanni). Sopra uno specialesegno caratteristico di meralgia parestesica. (*P.*, Sez. prat., XVI, f. 23, juin 1909, p. 718.)

NÉVRALGIE SCIATIQUE. — **Flesch**. Zur Behandlung der Ischialgie mit Lange'scher kochsalz, injektion. (*M. K.*, 1909, n° 1.) — **Carnot**. Le traitement de la sciatique par l'extension continue. (*Pg. M.*, 25. 19 juin, p. 320.) — **Touchard** et **Mme Fabre**. Un cas de sciatique traité par le radium. (*Soc. de neur. de Paris*, 6 mai 1909. *R. N.*, XVII, n° 10, 30 mai 1909, p. 649.)

NÉVRALGIE DU CORDON. — **Biraud** (F.). Traitement radiothérapique de la névralgie du cordon. (*Journ. des sciences méd. de Poitiers*, janv., fév., mars 1909.)

PATHOLOGIE DU SYMPATHIQUE.

Eppinger et **Hess**. Zur Pathologie der vegetativen Nervensystems. (*Z. K. M.*, LXVIII, f. 3-4, 1909, p. 205.) — **Masson**. Les névromes ganglionnaires du grand sympathique. (*Thèse de Paris*, 16 juin 1909.) — **Gessner**. Lähmung des linksseitigen Halssympathicus (Paralysie du sympathique céphalique gauche). (*Nürnberger mediz. Gesells. u. Poliklinik.*, 15 avril 1909.) — **Halben**. Okuläre Sympathikusaffektionen unbekannter Ursache (Affections oculaires du sympathique de cause inconnue). (*D. M. W.*, n° 28. 1909.) — **Tarantini**. Influenza della simpaticectomia sulla cheratite vaccinica. (*Accad. med di Roma*, 27 juin 1909.) — V. **Psychonévroses**. Grasset. **Syndromes douloureux.**

SYNDROMES DOULOUREUX. TROUBLES VISCÉRAUX D'ORIGINE NERVEUSE

NÉVRALGIES. — **Lévy F.** et **Baudoin (A.)**. Les névralgies et leur traitement. (*J.-B. Baillière et fils*, Paris 1909.) — **Hotzel (Max.)**. Ueber Knieschmerzen bei Hüfterkrankungen. (Douleur du genou dans les affections de la hanche.) (*M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1485.) — V. **Névralgie du trijumeau, N. Sciatique.**

CÉPHALÉE. — **Yawger.** Indurative Headache. (Schwielenkopfschmerz), with report of three cases. (*Philadelphia neur. soc.*, 22 janv.). (*J. A. M. A.*, 24 avril 1906, p. 1316.)

MIGRAINE. — **Schneider (Hermann).** Zur Aetiologie der Hemicrania ophtalmica. (*M. M. W.*, LVI, n° 27, 6 juillet 1909, p. 1368.) — **Gowers (William).** An address on the prodromas of migraine. (*B. M. J.*, 12 juin 1909, p. 1400.) — **Renner.** Ueber vorübergehende Hemiplegien bei Migräne. (*D. M. W.*, n° 21, 27 mai 1909, p. 925.) — **Schabad.** Chronische Chorea nach Migräne. (*D. M. W.*, 3 juin 1909, p. 972.)

PSEUDOPARALYSIE DOULOUREUSE. — **Turnowsky.** Pseudoparalysis dolorosa transitoria infantum. (*W. K. W.*, n° 28, 1909.)

MALADIE DE DERCUM. — **Price.** Adiposis dolorosa. Clinical and pathological study. (*A. J. M. S.*, mai 1909, p. 705.)

CÉNESTOPATHIES. TOPOALGIES. — **Camus (Paul)** et **Blondel (Charles).** Cénesthopathie à localisation céphalique. (*Soc. de psychiatrie*, 27 mai 1909, *E.*, IV, n° 6, 10 juin 1909, p. 595.) — **Samuel (Max).** Ueber Mastodynie. (*D. M. W.*, n° 29, 1909.) — **Plagemann.** Das Krankheitsbild der Kalkaneodynie. (*Aerztlicher Verein Rostock*, 8 mai 1909.)

TROUBLES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

PHRÉNOCARDIE. — **Treupel (G.).** Ist die von Max Herz beschriebene « Phrenokardie » eine scharf abzugrenzende Form der « Herzneurosen? » (*M. M. W.*, LVI, n° 31, 3 août 1909, p. 1594.)

DOULEURS CARDIAQUES, ANGINE DE POITRINE. — **Selig.** Ueber den Herzschmerz. (*Verein deutscher Aerzte zu Prag.* S. du 23 avril 1909. *M. K.*, n° 21, 1909.) — **Buxbaum (B.).** Zur Therapie der Angina pectoris. (*Zeitschr. f. physikal-und diatetische Therapie*, avril 1909.)

ARYTHMIES. — **Hoesslin (V.).** Ueber den Pulsus alternans. (*Verein der Aerzte in Halle*, 3 mars 1909.) — **Guilleaume.** Un cas de pouls alternant provoqué par la digitale. (*A. M. C. V.*, juin 1909, p. 346.) — **Doumer (E.)** et **Lemoine (G.).** Arythmie cardiaque et d'arsonvalisation. (*Académie des sciences*, 14 juin 1909.) — **Rothberger** et **Winterberg.** Vorhofflimmern und Arhytmia perpetua. (Trémulations auriculaires et arythmie perpetuelle. (*W. K. W.*, n° 24, 1909.)

BRADYCARDIES. SYNDROME DE STOKES-ADAMS. — **Gibson (G. A.)** et **Ritchie (W. E.).** A historic instance of the Adams-stokes syndrome due to heart-block. (*Suite.*) (*E. M. J.*, II, n° 6, juin 1906, p. 507.) — **Böhm.** Adam-Stokessche Erkrankung. (*Aerztlicher Verein München*, 3 mars 1909.) — **Nagayo.** Pathologisch-anatomische Beiträge zum Adams-Stokesschen Symptomenkomplex. (*Z. K. M.*, LXVII, f. 4, 5, 6.) — **Ramond (Félix)** et **Lévy-Bruhl.** Pouls lent permanent guéri par le traitement mercuriel. (*B. S. H.*, XXVI, n° 20, 10 juin 1909, p. 1160.) — **Vincent (H.).** Sur un syndrome caractérisé par l'hypotension artérielle, la bradycardie clinostatique et l'acrocyanose. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1239.)

ANGIONÉVROSES. — **Seilikovitch.** Angioneurotic œdema. (*Arch. of Péd.*, mai 1909, p. 368.) — **Kreibich.** Angioneurosen und hämatogene Hautentzündungen. (Angionévroses et inflammations hématogènes de la peau.) (*Archiv für Dermatologie*, XCV, 2 et 3.) — **Gordon.** Siège rare de l'œdème angio-névrotique. (*Am. M.*, janv. 1909.) — **Ravenna (U.).** Un caso di edema nevropatico circoscritto alla fronte. (*Accademia delle scienze med. e natur. di Ferrara*, 3 juill. 1909.) — **Cramer.** Ueber metatraumatische vasomotorisch-trophische Neurosen. (Névrose vaso-motrice trophique après traumatisme.) (*Arch. f. Orthopadie, Mechanotherapie u. Unfall-chirurgie* VII, f. 4, 1909.) — V. **Maladie de Reynaud. Trophœdème.**

TROUBLES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

ASTHME. — **Percepied (E.).** Du rôle de l'intoxication dans la causalité de l'asthme. (*J. M. C. P.*, 25 mai 1909.) — **Percepied (Elie).** Les ébauches de l'asthme. (*B. M.*, XXIII, n° 46, 12 juin 1909, p. 587.) — **Da Costa Feirrera (A.).** Asthme infantile. Erreur de diagnostic. (*C. I.*, 15 juin 1909, p. 374.) — **Ricklin (E.).** Pathogénie et traitement de l'asthme. (*Revue internat. de clinique et de thérapeut.*, avril-mai 1909.) — **Goldscheider.** Die physikalische Behandlung des Asthma bronchiale. (Traitement physique de l'A.) (*Zeitschr. f. diatetische u. physikalische Therapie*, XIII, f. 3, 1909.) — **Hofbauer (Ludwidg).** Atmungsgymnastik beim Bronchialas-

thma. (*W. K. W.*, LIX, n° 26, 26 juin 1909, p. 1489.) — **Weutscher.** Ueber die mechanische Behandlung von Asthma bronchiale und Emphysem. (*I. D.*, Leipzig, avril 1909.) — **Neumayer.** Ueber Behandlung von nasalem Asthma mit Resektion des N. ethmoidalis. (Traitement de l'asthme nasal par section du nerf ethmoïdal.) (*Münchener laryngo-otologische Gesells.*, 26 avril 1909.) — **Lloyd (W.).** Hay-fever, hay-asthma, its causes, diagnosis and treatment. (Fièvre des foins, asthme des foins.) (*H. J. Glaisher*, London, 1909.) — **Rabé.** Traitement du rhume des foins. (*B. L. O R.*, XII, 3, p. 222.) — **Bonnier (Pierre).** Le rhume des foins. (*Académie des Sciences*, 21 juin 1909.) — **Liebermann (Hans).** Ueber Helgoland und Heufieber (*M. M. W.*, LVI, n° 25, 22 juin 1909, p. 1280.) — **Schultz (Otto).** Ueber Helgoland und Heufieber (*M. M. W.*, LVI, n° 30, 27 juill. 1909, p. 538.)

DYSPNÉE. APNÉE. — **Grossmann (Michael).** Ueber Dysponoe und Apne (*W. M. W.*, LIX, n° 22. 29 mai 1909, p. 1237.)

TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF

DOULEUR. — **Mac-Auliff (Léon).** La douleur au cours des troubles digestifs. (*Suite.*) (*C.*, IV, n° 23, 4 juin 1909, p. 358.)

NAUSÉE. — **Boas (I.).** Ueber Nausea. (*B. K. W.*, XLVI, n° 24, 14 juin 1909, p. 1101.)

VOMISSEMENTS. — **Jaboulay** et **Leclerc.** Un cas de vomissements incoercibles indépendants de la grossesse guéris par la laparatomie simple. (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, 17 mai 1909.)

ANOREXIE. — **Hutinel.** L'anorexie mentale. (*J. Pr.*, 5 juin 1909, p. 358.)

RUMINATION. — **Kraus (Hr.).** Ein Fall von Rumination. (*Hufelandische Gesellschaft.* S. du 11 fév. 1909. *B. K. W.*, XLVI, n° 9, 1er mars 1909, p. 41.)

CARDIOSPASME. PYLOROSPASME. — **Zweig (W.).** Ueber Kardiospasmus. (*W. K. W.*, n° 21, 1909.) — **Guisez.** Nouveaux cas de cardiospasmes à forme grave. Diagnostic et thérapeutique œsophagoscopique. (*B. S. H.*, XXVI, n° 18, 27 mai 1909, p. 976.) — **Thiers (T.).** Un cas de pylorospasme essentiel acquis du nourrisson. (Syndrome de Weill et Péhu.) (*P. P.*, 25 juillet 1909.) — **Risel** Nachprüfungen des Einflusses der Ernährungsweise auf die Symptome der Spasmophilie des fruhen Kindesalters. (Influence du mode d'alimentation sur la spasmophilie du jeune âge.) (*Mediz. Gesells. zu Leipzig*, 18 mai 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 30, 27 juillet 1909, p. 1568.) — **Thiers (T.).** Un cas de pylorospasme essentiel acquis du nourrisson (syndrome de Weill et Péhu.) (*Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, mai 1909, p. 97.)

TROUBLES INTESTINAUX. — **Loeper (Maurice).** Les fausses tumeurs spasmodiques du gros intestin. (*I. M.*, n° 28, 10 juillet 1909, p. 437.) — **Roch (M.).** et **Senarclens (de).** De l'iléus névropathique avec vomissements de matières fécales. (*S. M.*, 19 mai 1909, p. 229.) — **Profanter.** Pseudo-appendicitis nervosa. (*W. K. W.*, n° 13.)

TROUBLES URINAIRES

POLYURIE. — **Weil (A.).** Ueber die hereditare Forme des Diabetes insipidus. (*I. D.*, Heidelberg, mars-avril 1909.)

GLYCOSURIE. Glassner. Ueber nicht diabetsche Glycosurien. (*W. K. W.*, n° 29, 1909.) — **Falta (W.).** Bemerkungen zu dem Aufsatz : Ueber nicht diabetische Glykosurien von Dr. Karl. Glässner. (*Ibid.*). — **Lépine (R.).** Le diabète sucré. (*Félix Alcan*, Paris 1909.) — **Loewit (M.).** Diabetesstudien. II. Mitteilung : Kältediabetes und Organfunktion (Diabète a frigoré.) (*Arhiv. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.*, LX, f. 1, 1909, p. 420.) — **Hesse (A.).** Ueber Glykosurie und Glykämie des pankreaslosen Hundes. (Glycosurie et glycémie chez le chien privé de pancréas.) (*Z. E. P.*, VI, f. 1, 1909.) — **La Franca (S.).** Untersuchungen über den respiratorischen Stoffwechsel bei experimenteller Glykosurie. (Recherches des échanges respiratoires dans la glycosurie experimentale.) (*Z. E. P.*, VI, f. 1, 1909.) — **Werbitzki (F. W.).** Zur Frage des Einflusses der verschiedenen Kohlehydrate auf die Glykosurie der Diabetiker. (Influence des divers hydrates de carbone sur la glycosurie des diabétiques.) (*Z. E. P.*, VI, f. 1, 1909.) — V. **Physiologie** : Surrénales. **Acromégalie** : Korte.

ALBUMINURIE. — **Mayer (Karl).** Einseitige zyklisch-orthotische Albuminurie. (*Zeitschr. f. gynäkol. Urologie*, I, f. 4.) — V. **Lordose.**

INCONTINENCE D'URINE. — **Merklen (Prosper).** Présentation d'un enfant atteint de débilité motrice, d'inhibition avec énurésie hypogénésique. (*Soc. de psychiatrie*, 24 juin 1909. *E.*, IV, n° 7, 10 juin 1909, p. 99.) — **Merklen (Prosper).** De l'énurésie hypogénésique des enfants. (*T. M.*, n° 27, 4 juillet 1909, p. 421.) — **Sieber (Heinrich).** Ueber di Behandlung der Enuresis nocturna mittels epiduraler Injektionen nebst experimentellen Versuchen über die Aetiologie dieser Erkrankung. (*Zeitschr. f. gynäkol Urologie*, I, f. 4.) — **Billaud.** Incontinence nocturne d'urine et ponction lombaire. (*G. M. N.*, 10 avril 1909, p. 268.) — **Farez (Paul).** A propos de quelques récentes publications sur l'incontinence d'urine. (*R. H.*, XXIV, n° 1, juill. 1909, p. 5.)

CRISES VÉSICALES. — **Bechterew (V.)**. Ueber zwangsweise Darmund Blasenkrisen und ihre Behandlung durch Suggestion. (*N. C.*, XXVIII, n° 11, 1er juin 1909, p. 562.)

TROUBLES GÉNITAUX

Opitz. Ueber Ursachen des Schmerzes in der Gynäkologie. (*XIII Kongress der Deuts. Gesells. f. Geburtshilfe u. Gynäkol.*, 5 juin 1909.) — **Kehrer (E.)**. Experimentelle Untersuchungen über nervöse Reflexe von verschiedenen Organen und peripheren Nerven auf den Uterus. (Recherches expérimentales sur les réflexes nerveux des divers organes et des nerfs périphériques sur l'utérus.) (*XIII Kongress der Deuts. Gesells. f. Geburtshilfe u. Gynäkol.*, 5 juin 1909.) — **Pron (L.)**. L'excitation génitale chez les hyperchlorhydriques. (*R. H.*, XXIII, n° 11, mai 1909, p. 338.)

VAGINISME. — **Oberlander (Otto)**. Zur Behandlung des Vaginismus mittels eines neven Scheidendilatators. (Traitement du vaginisme par un nouveau dilatateur vaginal.) (*Z. G.*, n° 5, 1909.)

PATHOLOGIE DES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE DYSTROPHIES ACQUISES OU CONGÉNITALES

Austregesilo (A.). Syndromos pluriglandulares endocrinicos. (*Rio de Janéiro*, 1909.) — **Glover (J.)**. Fonction amygdaliennes. Troubles vaso-trophiques naseaux et pharyngiens opothérapie. (*J. M. O.*, XXXV, 7 juill. p. 105.)

HYPOPHYSE

Broc (René). Lympho-sarcome des ganglions cervicaux ; métastase intra-cranienne. Destruction de l'hypophyse et du corps du sphénoïde. (*A. M. O.*, XXXV, 7, juin, p. 691.) — **Dupérié**. Syphilis héréditaire. Localisation de spirochæte pallida dans l'ovaire et l'hypophyse. (*Soc. obstét., gynécol., pediat. de Bordeaux*, 23 avril 1909. *J. M. Bo.*, XXXIX, n° 23, 6 juin 1909, p. 361.) — **Link (R.)**. Ueber Hypophysis-Diabetes. (*XXIV. Versammlung der sudwestdeutschen Neurologen und Irrenarzte* in Baden-Baden, 22-23 mai, *N. C.*, 13, p. 731.) — **Wood**. Gomme de l'hypophyse. (*J. A. M. A.*, n° 9.) — **Erdheim** et **Stumme**. Ueber die Schwangerschaftsveränderung der Hypophyse. (*Z. B.*, XLVI, f. 1, 1909, p. 1.) — **Sandri (Oreste)**. Struma adenomatosa dell' ipofisi. Sonno patologico. Assenza di manifestazioni acromegaliche. (*R. P. N. M.*, XIV. f. 7, juill. 1909, p. 291.) — **Mackay (George)** et **Bruce (Alexander)**. Epithelioma of the hypophyseal duct. (*R. N. P.*, VII, n° 7, juill. 1909, p. 445.) — **Haberfeld**. Die Rachendachlhypophyse, andere Hypophysengangreste und deren Bedeutung für die Pathologie. (L'hypophyse de la voûte pharyngée, les autres restes de la voie hypophysaire et son importance pour la pathologie.) (*Z. B.*, XLVI, f. 1, 1909, p. 133.)

ACROMÉGALIE. — **Franchini**. Atrofie ossee ed alterazioni della sella turcica nell acromegalia. (*R. C. C. M.*, 19 et 20 juin, p. 398 et 413.) — **Krumbhard (Edward B.)**. Enlargement of the hypophysis cerebri and its relation to akromegaly. *Proced. of. the pathol. Soc. of Philadelphia*. avril 1909.) — **Lecène (C. P.)**. et **Roussy (G.)**. Tumeur de l'hypophyse dans l'acromégalie. *Soc. de neur. de Paris*, 10 juin 1909. (*R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 815.) — **Levi**. Persistenza del canale cranio-faringeo in due crani di acromegalici, etc. (*R. C. C. M.*, 5 juin 1909, p. 361.) — **Mann**. Un cas d'acromégalie au début. (*Wissenschaftl. Verein der Militärarzte der Garn. Krakau*, 27 mars.) — **Molow**. Ein Fall von Akromegalie und Pellagra. *Fortsschr. a. d. Geb. der Röntgenstrahlen*, XIII, f. 6, 1909, p. 399.) — **Korte (Ary.)**. Ein Fall von Akromegalie mit Diabetes und psychischen Störungen (Un cas d'acromégalie avec diabète et troubles psychiques.) (*I. D.*, Kiel, 1909.)

GIGANTISME. — **Piazza (Angelo)**. Ein Fall von erworbener totaler rechtsseitiger Hypertrophie des Körpers. (Hypertrophie totale acquise de la moitié droite du corps. (*M. P. N.*, XXV, f. 6, juin 1906, p. 497.)

CORPS THYROIDE

Marbé. Les opsonines et la phagocytose dans les états thyroïdiens. (*C. R. S. B.*, LXVI-LXVII, n°s 23 et 27, p. 1073 et 293.) — **Leopold-Levi** et **Rothschild (H. de)**. De l'instabilité thyroïdienne. Sa forme paroxystique. (*J. M. I.*, 30 juin 1909.) — **Levi (Léopold)** et **Rothschild (H. de.)**. Le syndrome oculaire de l'instabilité thyroïdienne (œil neuro-arthritique.) (*C. R. S. B.*, LXVI, 18, 28 mai, p. 845.) — **Weber (E.)**. Thyréoïdite simple. (*R. M. S. R.*, n° 3.) — **Coudray**. De l'influence des maladies infectieuses sur la glande thyroïde. (*Thèse de Montpellier*, 20 juill. 1909.) — **Parhon (C.)**, **Dumitresco (G.)** et **Nissipesco (C.)**. Note sur la teneur de la glande thyroïde en iode et en phosphore dans un cas de goitre kystique avec scoliose de l'adolescence ainsi que dans deux cas de syndrome de Parkinson. (*J. R.*, XIV, n° 11, 5 juin 1909, p. 201.)

MYXŒDÈME-CRÉTINISME. — **Marfan**. Crises douloureuses lombo-abdominales. Bronchites à rechutes. Adénoïdisme et rachitiome. Myxœdème infantile. (*P. P.*, 25 juill. 1909.) — **Hochsinger** (**K.**). Myxœdema congenitum. (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.* S. du 14 mai.) — **Rosin**. Myxödem. (*Zeitschr. f. Aerztl. Fortbild*, n° 8.) — **Nicholds**. Myxœdème partiel. (*J. A. M. A.*, n° 15.) — **Ewald** (**C.-A.**). Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxodem und Kretinismus. (*Alfred Holder*, Wien, 1909.) — **Salin** (**A.**). Deux cas de crétinisme avec surdité simulant l'idiotie. (*E.*, IV, n° 8, août 1909, p. 172.) — **Mac Carrison**. Endemic goitre. (*Q. J. M.*, II, n° 7.) — **Kutschera** (**v. A.**). Das Grossenwachstum bei Schilddrusenbehandlung des endemischen Kretinismus. (Traitement opothérapique du crétinisme endémique.) (*W. K. W.*, n° 22, 1909.)

MALADIE DE BASEDOW. — **Matsuno Genkichi**). Basedowsche Krankheit und Epilepsie (Maladie de Basedow et épilepsie. (*I. D.*, München, juin 1909.) — **Pinard**. De l'expression symptomatique appelée goitre exophtalmique dans ses rapports avec la fonction de reproduction chez la femme. (*Ann. de gynécol.*, mai 1909, p. 257.) — **Stowe**. Exophthalmic goitre and pregnancy. (Goitre exopht. et grossesse.) (*Amer. journ. obstet.*, mai 1909, p. 789.) — **Baker** (**A. R.**). Exophtalmic goiter Ophthalmology. V. 2, 1909, p. 219.) — **Ohlemann**. Maladie de Basedow. (*Ophthalmology*, janv. 1909. *Wochenschrift f. Therapie u. Hyg. des Auges.*, n° 22, mars 1909.) **Torday**. Un cas de maladie de Basedow infantile. (*Budap. Konig. Arztever.*, 27 fév.) — **Ziehen**. Basedowdelirien. (*Gesells. der Charité-Aerzte*, 24 juin 1909. *B. K. W.*, XLVI, n° 26, juill. 1909, p. 1 424.) — **Cantonnet** (**M. A.**). L'inégalité pupillaire latente chez les basedowiens. (*Soc. de neur.*, 1er juill. 1909. (*R. N.*, XVII, n° 14, 30 juill. 1909, p. 937.) — **Macleod**. Perte des cheveux dans la maladie de Basedow. (*B. M. J.*, n° 2 520.) — **Eppinger** (**Hans**) et **Hess** (**Léo**). Zur Pathologie der Basedow'schen Erkrankung. (*Gesells. f. innere Med. u. Kinderheilkunde in Wien.* S. du 29 avril 1909. *W. M. W.*, LIX, n° 21, 22 mai 1909, p. 1 191.) — **Fraenkel** (**A.**). Ueber den Gehalt des Blutes an Adrenalin bei chronischer Nephritis und Morbus Basedowii. (Teneur du sang en adrénaline, la néphrite chronique et la maladie de Basedow. (*Archiv. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol.*, LX. f. 6, 1909, p. 395.) — **Dufour** (**H.**). et **Chazal**. Maladie de Basedow, sans hypertrophie du corps thyroïde associée à une atrophie myopathique scapulo-humérale et au rhumatisme déformant. (*Soc. de neur. de Paris*, 3 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 770.) — **Boinet** et **Rouslacroix**. Hyperthyroïdation et asystolie mortelle dans deux cas de maladie de Basedow. (*C. R. S. B.*, LXVI, 19, 4 juin, p. 887.) — **Moses**. Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. (*Berl. Klin*, f. 250, 1909. — V. **Psychose maniaque-dépressive**: Deny et Merklen.

PARATHYROÏDES. — **Bérard** (**L.**). et **Alamartine**. Les glandules parathyroïdes et leurs tumeurs. (*L. C.*, 1er mai 1909, p. 721.) — **Pietro Guizzetti**. Come si comporta il glicogene nelle paratiroidi dell' nomo nelle malattie. (*Ri. M.*, XXV, n° 23, 7 juin 1609, p. 618.) — V. **Tétanie**.

SURRÉNALES

Sézary (**A.**). Les caractères macroscopiques des glandes surrénales dans leurs états physio-pathologiques. (*Re. M.*, XXIX, n° 6, 10 juin 1909, p. 448.) — **Sézary**. Recherches anatomo-pathologiques, cliniques et expérimentales sur les surrénalités scléreuses. (*Thèse de Paris*, 21 juill. 1909.) — **Sergent** (**Emile**). Diagnostic et traitement de l'insuffisance surrénale. (*Ps. M.*, n° 55, 10 juill. 1909, p. 489.) — **Sergent** (**E.**). L'insuffisance surrénale aiguë dans les maladies infectieuses. (*B. S. H.*, XXIV, nos 18 et 20, p. 930 et 1 104.) — **Aubry**. Le syndrome d'insuffisance surrénale dans les maladies infectieuses. (*G. M. N.*, 3 juill. 1909, p. 521.) — **Martin** (**Louis.**). Insuffisance surrénale dans la diphtérie. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1050.) — **Achard** (**Ch.**). et **Foix** (**Ch.**). Insuffisance surrénale par tuberculose primitive sans mélanodermie. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1 043.) — **Sézary** (**A.**). Les glandes surrénales dans les maladies chroniques compliquées d'affection rénale. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 18, 28 mai 1909, p. 822.) — **Luna** (**E.**). L'emorragia delle glandole soprarenali. (*R. C. C. M.*, 22 mai 1909.) — **Candler** (**J. P.**). Two cases of hœmorrhage into the suprarenal capsule. (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 153.) — **Comessatti**. Dosamenti sistematici dell' adrenalina surrenale nella patologia umana. (*Accad. med. di. Padova.* S. du 7 mai 1909.) — V. **Maladie de Paget**: Dalché et Gallup. **Rachitisme** : Jovane et Pace.

MALADIE D'ADDISON. — **Franzoni**. Un cas aigu de maladie d'Addison. (*Soc. des médecins de Leysin*, 31 mai 1909.) — **Capezzuoli** (**Cesare**). Il ricambio materiale in un caso di morbo di Addison in rapporto al trattamento organoterapico. (*P. Sez. med.*, XVI, f. 6, juin 1909. p. 277.) — **Boinet**. Tremblement opothérapique dans la maladie d'Addison. (*Soc. de Neur.*, 1er juill. 1909. *R. N.*, XVII, n° 14, 30 juill. 1909, p. 951.)

DYSTROPHIES OSSEUSES

Jendrassik. Gibt es heilbare Fälle von Dystrophie? (Y a-t-il des cas curables de dystrophie ?) (*D. M. W.*, n° 19, 13 mai 1909, p. 830.)

RACHITISME. — **Guidernoni**. Contribution à l'étude du rachitisme congénital. (*Thèse de Mont-*

pellier, 12 juill. 1909.) — **Kassowitz** (**Max**). Der Begriff der Rachitis. (*J. K.*, LXIX, f. 3, 1909, p. 251.) — **Jovane** (**A.**) et **Pace** (**C.**). Capsule surrenali e rachitismo. Ricerche cliniche sperimentali. (*La Pediatria.*, n° 3, 1909.) — **Jovane** (**A.**) et **Pace** (**Carlo**). Nebennierensubstanz und Rachitis. (Surrénales et rachitisme). (*A. K.*, XLIX, f. 5, 6, 1909.) — **Roux** (**J.**). Le rachitisme considéré comme complication des adénoïdites chroniques hypertrophiques et de leurs troubles intestinaux consécutifs. (*P. P.*, 5 juin 1909, p. 155.) — **Schmorl**. Die pathologische Anatomie der Rachitis. (*Gesells. f. Natur. u. Heilkunde zu Dresden*, 27 fév. 1909. (*M. M. W.*, LVI, n° 24, 15 juin 1909, p. 1256.) — **Marfan** (**A. B.**), **Baudoin** (**A.**) et **Feuillié** (**E.**). Lésions de la moelle osseuse dans le rachitisme. (*C. R. S. R.*, LXVI, 19, 4 juin, p. 862. *J. M. I.*, 20 juin 1909.) — **Hutinel** et **Tixier** (**Léon**). Modifications de la moelle osseuse des rachitiques. (*C. R. S. B.*, LXVI, 21, 18 juin, p. 946.) — **Rietschel**. Ueber den Stoffwechsel bei Rachitis. (Sur les échanges nutritifs dans le rachitisme.) (*Gesells. f. Natur. und Heilkunde zu Dresden*, 6 mars 1909, *M. M. W.*, LVI, n° 25, 22 juin 1909, p. 1303.) — **Brückner**. Zur Klinik der Rachitis. (*Ibid.*, p. 1304.) — **Schanz** (**A.**). Ueber rachitische Deformitäten (*Ibid*, p. 1304.) — **Schabad** (**J. A.**). Die Behandlung der Rachitis mit Lebertran Phosphor und Kalk. (*Z. K. M.*, LXVIII., f. 1, 2, 1909.) — Der Phosphor in der Therapie der Rachitis. Der Einfluss des Phosphors auf den Kalkstoffwechsel bei rhachitischen und gesunden Kindern. (*Z. K. M.*, LXVII, f. 4, 5, 6.) — V. **Myxœdème** : Marfan. **Ostéomalacie.**

OSTÉOMALACIE. — **Morpurgo**. Della ossa malaciche e rachitiche. (*R. Acc. di medicina, Torino*, 30 avril 1909.) — **Barbo** (**A.**). Osteomalacie bei Geisteskranken. (*A. Z. P.*, LXVI, f. 2, 1909, p. 249.) — **Rebaudi** (**S.**). Erfolg des ersten mit der Methode Bossi behandelten Falles von Osteomalazie. (Succès du premier cas d'ostéomalacie traité par la méthode de Bossi. (*Gynäkol. Rundschau*, III. f. 11. 1909.) — **Arcangeli** (**U.**) et **Artom di Sant'Agnese**. La cura vaccinica (Wright) dell' osteomalacia. (*Accademia med. di Roma.*, 30 mai 1909.)

MALADIE DE PAGET. — **Dalché** (**P.**) et **Galup** (**J.**). Maladie de Paget avec signes addisoniens et divers autres troubles glandulaires. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1218.) — **Kutscha** (**v.**). — Beitrag zur Kenntnis der Ostitis deformans (Paget.) (*A. K. C.*, LXXXIX, f. 3, 1909.) — **Pescarolo** (**B.**) et **Bertolotti** (**M.**). Sur un cas d'ostéite déformante de Paget. (*I. S.*, XXII, n° 3, mai-juin 1909, p. 252.)

ACHONDROPLASIE. — **Regnault**. Achondroplasie et disphasie périostale. (*Soc. anatomique*, 9 juill. 1909.) — **Eckstein**. Ein eigenartiger Fall von Achondroplasie. (Chondrodystrophia faetalis. (*B. K. W.*, XLVI, n° 23, 7 juin 1909, p. 1072.) — **Wiesermann** (**Johannes**). Ueber Chondrodystrophia fœtalis mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entstehung durch mechanische Ursachen. (Chondrodystrophie fœtale, son développement par causes mécaniques.) (*I. D.*, Leipzig, 1909.) — **Ettore Levi**. Sur un nouveau cas d'achondroplasie chez l'adulte. (*I. S.*, XXII, n° 2, mars-avril 1909, p. 133.) — **Ettore Levi**. Un document médico-artistique sur l'achondroplasie. (*I. S.*, XXII, n° 2, mars-avril 1909, p. 227.)

MALFORMATION DES MEMBRES. — **Regnault**. Micromélie limitée et symétrique. (*Soc anatomique*, 9 juill. 1909.) — **Boinet** (**E.**). Ectromélie longitudinale externe de l'avant-bras et de la main gauche. (*C. R. S. B.*, LXVI, 19, 4 juin, p. 885.) — **Regnault**. L'Hémimélie partielle. (*Pg. M.*, n° 24, 12 juin, p. 305.) — **Guyot** Absence congénitale du péroné avec malformation du pied. (*Soc. obstét. gynécol. pédiat. de Bordeaux*, 23 avril 1909. *J. M. Bo.*, XXXIX, n° 23, 6 juin 1909, p. 361.) — **Halipré** (**A.**). Maladie bleue; brachydactylie (absence de la troisième phalange de l'auriculaire et du cinquième orteil des deux côtes. (*R. M. N.*, 25 janv. 1909, p. 26.) — **Kirmisson**. Malformations des doigts. (*B. M.*, XXIII, n° 46, 12 juin 1909, p. 611.) — **Julien** (**L.**). Syndactylie congénitale et syndactylie acquise; présentation de deux cas. (*Soc. de méd. du département du Nord.*, 11 juin 1909. *E. M. N.*, XIII, n° 27, 27 juin 1909, p. 305.) — **Romagna-Manoia** (**A.**). Contributo alla studio della sindattilia. (*R. P. N.*, XIV, f. 6, juin 1909, p. 252.) — **Herwig** (**Paul**). Ein Fall von beiderseitiger Spalthand verbunden mit Syndaktylie. (*M. M. W.*, LVI, n° 27, 6 juill. 1909, p. 1383.) — **Barfurth** (**Walter**). Ueber Hyperdaktylie. (*I. D.*, Rostock, mai 1909.) — **Lepetit**. Pouce bifide. (*Soc. des sciences méd. de Gannat. Pv. M.*, XXII, n° 9, 27 fév. 1909, p. 98.)

COTES CERVICALES. — **Serafini**. Costa cervicale disturbi del plesso brachiale, tic del collo. Côte cervicale, troubles du plexus brachial, tic du cou. (*R. Accad. di medicina di Torino*, 25 juin 1909.) — **Seitier**. Contribution à l'étude des côtes cervicales chez l'homme. (*Thèse de Lyon.*, 12 juin 1909.)

DYSOSTOSE CLÉIDO-CRANIENNE. — **Roussy** (**G.**) et **Ameuille**. Présentation de pièces provenant de l'autopsie d'un cas de dysostose cléido-cranienne héréditaire (*Soc. de neur. de Paris*, 10 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 815.)

DYSTROPHIES ARTICULAIRES

Heckmann. Zur Aetiologie der Arthritis deformans. (*M. M. W.*, LVI, n° 31, 3 août 1909, p. 1583.) — **Nordman**. Rhumatisme déformant et urémie chez un tuberculeux. (*L. L. M.*,

15 juin 1909.) — **Milian.** Les dermopathies rhumatismales. Chéloïdes présternales, livedo annularis, pseudo-lipome sus-claviculaire, etc., rhumatisme tuberculeux et induration tuberculeuse du sommet. (*B. S. H.*, XXVI, n° 20, 10 juin 1909, p. 1129.) — **Symes-Thompson.** Deux cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pulmonaire. (*L.*, 6 fév. 1909.) — V. **Tabes. Maladie de Basedow. Hystérie** : Rimbaud et Camus.

DYSTROPHIES MUSCULAIRES

Borchardt. Dystrophia musc. progr. atypischer Fall. (*Gesells. der Charité. Aerzte*, 24 juin 1909. *B. K. W.*, XLVI, n° 30, 26 juill. 1909, p. 1426.) — **Clemens.** Dystrophia musculorum progressiva. (*Mediz. Gesells. zu Chemnitz*, 5 mai 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 31, 3 août 1909, p. 1617.) — **Hochl.** Dystrophia musc. juvenilis. (*Ibid.*) — **Mende** (**Kurt.**). Zwei Fälle von Dystrophia muscularis progressiva (Deux cas de...) (*I. D.*, Kiel, 1909.) — **Vires** et **Anglada.** Myopathie généralisée avec pseudo-hypertrophie et atrophie. Hypertrophie du cœur observée à dix ans d'intervalle. (*I. S.*, XXII, n° 3, mai-juin 1909, p. 240.) — **Merle** (**Pierre.**) et **Raulot-Lapointe.** — Les altérations osseuses au cours de la myopathie. (*I. S.*, XXII, n° 3, mai-juin 1909, p. 229.) — **Bramwell** (**Byrom**). Post-mortem findings in a case of pseudo-hypertrophic paralysis; artefact of spinal cord. (Autopsie d'un cas de paralysie pseudo-hypertrophique.) (*E. M. J.*, III, n° 1, juill. 1909, p. 5.) — **Chvostek.** Myatonia associated with muscular atrophy and myasthenia. (*M. P.*, 14 juill. 1909, p. 30.) — **Pic** (**A.**) et **Gardère** (**Ch.**). Un cas d'atrophie généralisée de la face et de la région sus-ombilicale du corps. (*L. M.*, n° 28, 11 juill. 1909, p. 61.) — **Lejonne** (**P.**) et **Touchard** (**P.**). Atrophies musculaires multiples d'origine tuberculeuse probable. (*Soc. de neur. de Paris*, 3 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 792.) — **Price** (**George E.**). Myopathie à localisation sous-scapulaire avec absence de participation faciale, humérale et crurale. (*J. A. M. A.*, LII, n° 17, 24 avril 1909, p. 1328.) — **Ciauri** (**Rosolino**). Atrofia della mano, del tipo Aran-Duchenne, segmentaria, congenita, credo-familiare, non progressiva. (*Ri. M.*, XXV, n° 29, 19 juill. 1909, p. 785.) — V. **Atrophie spinale. Atrophie névritique. Syringomyélie** : Gowers.

MYOSITE OSSIFIANTE. — **Meltzer.** Myositis ossificans progressiva. (*Mediz. Gesells. zu Leipzig*, 11 mai 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 30, 27 juill. 1909, p. 1567.)

MALFORMATIONS CONGÉNITALES. — **Abromeit Bernhard.** Beitrag zur Kenntnis der Kongenitalen Muskeldefekte. (Malformation musculaire congénitale.) (*M. P. N.*, XXV, f. 6 juin 1909 p. 530.)

MALFORMATIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL

Foges (**A.**). Atrophie des Genitalapparates. (*Gesells. der Aerzte in Wien.* S. du 28 mai 1909.) — **Natanson** (**Karl.**). Ueber Hypoplasie und Missbildung des inneren Genitales. (Hypoplasie et malformation de l'appareil génital interne.) (*W. K. R.*, XXIII, n° 25, 20 juin 1909, p. 485.) — **Loges** (**A.**). Ueber die Kombination des Hermaphroditismus mit Geschwulstbildung. (*W. K. R.*, XXIII, n°s 22 et 23, 30 mai et 6 juin 1909, p. 337 et 355.) — Ueber die Kombination des Hermaphroditismus mit Geschwulstbildung. (*W. K. R.*, XXIII, n°s 22, 23, 24 et 25, 30 mai, 6, 13 et 20 juin 1909, p. 337, 355, 367 et 371.) — **Gusseff** (**W. J.**). Ein Fall von Pseudohermaphroditismus. (*Z. G.*, n° 24, 1909.) — **Grodsenski** (**Georg.**). Ueber Hermaphroditismus beim Menschen nebst einem Kasuistischen Beitrag. (*I. D.*, München, mai 1909.) — **Fleischmann.** Pseudohermaphroditismus feminus externus. (*Gesells. der Aerzte in Wien.* S. 28 mai 1909.) — **Bégouin** (**P.**). Pseudo-hermaphrodisme masculin externe coïncidant avec un sarcome de l'ovaire. (*Revue de gynécol. et de chir. abdominales.*, n° 2, 1909, p. 179.) — **Neurath** (**Rudolf**). Vorzeitige Geschlechtsentwicklung (Menstruatio præcox.) (*W. M. W.*, LIX, n° 23, 5 juin 1909, p. 1301.)

DYSTROPHIES CUTANÉES

Coiquaud. Troubles trophiques de la main gauche et angiome de l'aisselle. (*Soc. anat. et physiol. normales et pathologiques de Bordeaux*, 15 fév. 1909. *J. M. Bo.*, XXXIX, n° 21, 23 mai 1909, p. 328.)

MAL PERFORANT. — **Trincas** (**G.**). Su un caso di mal perforante. (*Soc. fra i Cultori delle Scienze med. e natur. di Cagliari.* S. du 6 avril 1909.) — **Lacapère.** Maux perforants plantaires. Traitement par les étincelles de haute fréquence. (*Soc. de méd. de Paris*, 26 juin 1909.) — **Piccioli** (**Giulio**). Contributo clinico alla cura dell' ulcera perforante del piede mediante lo stiramento dei nervi. (Traitement du mal perforant par l'élongation nerveuse.) (*Ri. M.*, XXV, n° 22, 31 mai 1909, p. 598.)

SCLÉRODERMIE. — **Janischevsky.** Contribution à l'étude des formes de la sclérodermie. (*Rev. (russe) de psych., de neurol. et de psychol. expériment.* n° 1, 1909.) — **Dubreuilh** (**W.**). Sclérodermie atrophique en bandes frontales. (*Ann. de dermatol. et syphiligraphie*, X, n° 4, avril 1909, p. 255.) — **Arndt** (**G.**). Acrodermatitis chronica atrophicans und Zirkumskripte Sklero-

dermie. (*B. K. W.*, XLVI, n° 28, 12 juill. 1909, p. 1308.) — **Savill** et **Green**. Scleroderma of the extremities associated with angio-neurotic œdema. (*Proc. roy. soc. of med. Clin., section.*, mai 1909, p. 200.) — **Ebeler** (**F.**). Ein Fall von strangförmiger Sklerodermie nebst Bemerkungen über die Lokalisation dieser Affektion. (Sclérodermie cordiforme remarques sur la localisation de cette affection.) (*I. D.*, Leipzig, avril 1909.) — **Dupré** et **Hahn** (**Pierre**). Sclérodermie et maladie de Raynaud. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1230.)

XÉRODERMIE. — **O Kren**. Xeroderma pigmentosum. (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 11 juin 1909.)

MALADIE DE RAYNAUD. — **Sackia**. Affection bilatérale des mains. (Angiotropho-névrose ou maladie de Raynaud). (*Breslauer chirurg. Gesells.*, 10 mai, *B. K. W.*, n° 23, 7 juin 1909, p. 1069.) — **Moutier**. Du traitement de la claudication intermittente et de la gangrène des extrémités inférieures par la d'arsonvalisation. (*Académie des sciences*, 14 juin 1909. *A. E. R.*, juin 1909.) — V. **Intoxication mercurielle** : Lautier ; **Bradycardie** : Vincent. **Paralysie infantile** : Brissaud et Foig; **Sclérodermie** : Dupré et Kahn ; **Scarlatine** : Pottpeschnigg.)

TROPHOEDÈME. — **Ramadier** (**J.**) et **Marchand** (**L.**). Variété de trophœdème acquis chez une femme ovariotomisée, goitreuse et aliénée. (*I. S.*, XXII, n° 3, mai-juin 1909, p. 274.) — V. **Maladie de Raynaud**; **Angionévroses.**

ÉRYTHRODERMIE. — **Ehrmann**. Erythrodermia exfoliativa generalisata. (Présentation de deux cas d'erythrodermie.) *K. K., Gesellschaft der Aerzte in Wien.*, 11 juin 1909.)

ÉLÉPHANTIASIS. — **Gaehlinger** et **Tilmant**. Éléphantiasis congénital. (*Soc. de méd. du département du Nord*, 28 mai 1909. *E. M. N.*, XLII, n° 25, 20 juin 1909, p. 295.)

LICHEN. — **Voss**. Lichen ruber planus. (*Verein der Aerzte in Halle.*, 9 juin 1909.) — **Gaucher** et **Fouquet**. Éruption de lichen plan sur une cicatrice chirurgicale et sur des cicatrices de brûlure. (*Bull. soc. franç. dermatol. et syphilig.* XX, n° 4, avril 1909, p. 126.) — **Minot**. Un cas de lichen de Wilson du thorax et du bras à disposition zostérienne. (*Annales de dermatol., de syphiligraphie*, n° 5, 1909.)

LIVEDO, NOEVI. — **Danlos**, **Apert** et **Flandin**. Inégalité du développement des deux moitiés du corps, nævi vasculaires multiples; dilatations veineuses; livedo. (*B. S. H.*, XXVI, n° 19, 3 juin 1909, p. 1035.) — V. **Dystrophies articulaires** : Milian.

PELADE. **Bonniot** (**E.**). Apparition d'une plaque de pelade au cours du traitement radiothérapique. Interpretation. (*Bull. et mém. de la Soc. de radiol. médicale de Paris*, mai 1909, p. 127.)

INFECTIONS. INTOXICATIONS

GÉNÉRALITÉS

Massol (**L.**) et **Breton** (**M.**). Toxicité intracérébrale de quelques sels métalliques chez le cobaye. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 18, 28 mai 1909, p. 818.) — **Page** (**Maurice**). Une antitoxine cérébrale. Sa préparation, son action, son mode d'emploi. (*Ps M.*, n° 58, 21 juillet 1909, p. 516.) — V. **Démence précoce** : Salazar.

ANAPHYLAXIE. — **Gay-Southard** et **Fitzgerald**. Neurophysiological effects of anaphylactic intoxication. (*Jour. med. research*, juillet 1909, p. 21.) — **Anderson** et **Rosenau**. Further studies upon the phenomenon of anaphylaxis. (*Jour. med. research*, juillet 1909, p. 1.) — **Doerr** (**R.**) et **Russ** (**V. K.**). Studien über Anaphylaxie. (*Zeitschr. f. Immunitätsforschung*, II, f. 1, 1909, p. 109.) — **Blanchet**. Contribution à l'étude de l'anaphylaxie. (*Thèse de Paris*, 15 juillet 1909.) — **Leonor Michaelis**. Zur Frage nach dem zusammenhang zwischen toxischer, sensibilisierenden und präcipitogener Substanz bei der Anaphylaxie. (*Zeitschr. f. Immun.*, II, f. 1, 1909, p. 29.)

INFECTIONS

TÉTANOS. — **Gache** (**Samuel**). A propos d'un cas de tétanos post-abortum. (*Revue prat. d'obstét. et de pédiat.*, juin 1909, p. 174.) — **Gunn** (**L.-G.**). Post-operative tetanus. (*D. J. M. S.*, 1er juillet 1909, p. 1.) — **Orzechowski** (**K. v.**). Ein Fall von Kopftetanus mit reflektorischer Pupillenstarre. (Un cas de tétanos céphalique avec immobilité pupillaire réflexe.) (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1-2, 25 juillet 1909, p. 1.) — **Quadri** (**A.**). Tétanos de Rose par corps étrangers des fosses nasales. (*R. H. L.*, 19 juin 1909.) — **Martin** (**Louis**) et **Darré** (**Henri**). Tétanos subaigu, complications broncho-pulmonaires, sérothérapie intra-veineuse et sous-cutanée. Guérison. (*B. S. H.*, XXVI, n° 23, 1er juillet 1909, p. 1332.) — **Marshall Harvey**. Tetanus of short incubation. (Tétanos de courte incubation.) (*Ther. Gaz*, mai 1909, p. 321.) — **Babonneix**. Réactions électriques du tétanos expérimental. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 27, 30 juillet 1909, p. 289.) — **Sinclair Stevenson** (**W.**). Notes on a case of tetanic spasm. (*B. M. J.*, n° 2521, 4 avril 1909, p. 1003.) — **Pochlammer**. Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung des Starr-

krampfs und die Wirkung des Tetanustoxins im menschlichen und tierischen Organismus. (Recherches expérimentales sur le développement de la convulsion toxique et l'effet de la toxine tétanique dans l'organisme humain et animal.) (*Samml. klin. Vortrage*, nos 520, 522, 1909, p. 599.) — **Römer** (**Paul-H.**). Ueber das Vorkommen von Tetanusantitoxin im Blute normaler Rinder. (De la présence de l'antitoxine tétanique dans le sang des veaux normaux.) (*Zeitschr. f. Immunit.*, I, 10 février 1909, p. 363.). — **Hoch**. Wie Kann man dem Tetanus und der Lissa vorbeugen? (Comment peut-on se préserver du tétanos et de la rage?) (*Zentralbl. f. d. ges. Ther.*, juillet 1909, p. 337.) — **Ozenne**. A propos du traitement du tétanos. (*Soc. des chirurgiens de Paris*, 18 juin 1909.) — **Chattot**. Sérothérapie antitétanique. (*Thèse de Lyon*, 21 juillet 1909.) — **Roger** et **Rives**. Traitement du tétanos par les injections sous-arachnoïdiennes de sulfate de magnésie. (*Pr. M.*, 29 mai 1909, p. 235.) — **Paoli**. Les injections intrarachidiennes de sulfate de magnesie dans le traitement du tétanos confirmé. (*Thèse de Paris*, 15 juillet 1909.)— **Malaniuk** (**J.**). Beitrag zur Tetanustherapie. *W. M. W.*, LIX, n° 27, 3 juillet 1909, p. 1550.)

RAGE. — **Kypke Burchardi**. Neuere Arbeiten über Lyssa. (Nouveaux travaux sur la rage.) (*V. G. M.*, XXXVII, f. 2, 1909.) — **Delaunay** (**H.**). La fréquence des erreurs de diagnostic dans les cas de rage humaine. (*Journal des sciences médicales de Poitiers*, n° 1, 1909, p. 3.) — **Fermi**. Ueber die Verteilung des Lyssavirus im Nervensystems. (*Centralbl. f. Bakteriol.*, 9 juin 1909, p. 438.) — **Remlinger** (**P.**). Contribution à l'étude de la transmission héréditaire de l'immunité antirabique. (*A. I. P.*, mai 1909, p. 430.) — **Marie** (**A.**). Propriétés antirabiques de la substance cérébrale. (*Académie des sciences*, 19 juillet 1909.) — **Kraguschkin**. Ueber Immunisierung gegen Wut mittels normaler Hirnsubstanz. (Immunisation contre la rage par la substance cérébrale normale.) (*D. M. W.*, 13 mai 1909, p. 831.) — **Viala** (**J.**). Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur. (*A. I. P.*, XXIII, 6, 25 juin, p 509.) — **Amato** (**Luigi d'**) et **Flaggella** (**Vincenzo**). Corpi di Negri, corpi di Lentz ed alterazioni dei centri nervosi nella rabbia. (*Ri. M.*, XXV, n° 25, 21 juin 1909, p. 680.) — **Koch** (**Joseph**). Ganglienzellenveränderungen bei Lyssa. (Altération des cellules ganglionnaires dans la rage.) (*Deutscher tropenmediz. Gesells.*, 6-7 avril 1909.) — **Babes** (**V.**) et **Jonnesco** (**V. M.**). Sur certains caractères des lésions rabiques des glandes salivaires et du pancréas. (*C. R. S. B.*, n° 25, 16 juillet 1909, p. 137.) — **Babes** (**V.**). Lésions fines des testicules dans la rage. (*C. R. S. B.*, LXVI, 21, 18 juin, p. 986.) — **Babes** et **Jonesco**. Lésions de la rate dans la rage. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 27, 30 juillet 1909, p. 297.) — V. **Tétanos** : Hoch.

DIPHTÉRIE. — **Gordon**. Diphtheritic Paralysis. (*M. M. J.*, avril 1909, p. 237.) — **Coulter** (**F.-E.**). A second attack of general post-diphtheritic paralysis occurring after an interval of two years. (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 6, juin 1909, p. 351.) — **Thomas**. La sérothérapie intensive dans le traitement des angines diphtériques graves et paralysies. (*Thèse de Paris*, 17 juin 1909.) — V. **Insuffisance surrénale** : Martin.

FIÈVRE TYPHOIDE. — **Voisin** et **Milhit**. Myélite fruste au cours de la fièvre typhoïde. (*Pg. M.*, n° 25, 19 juin, p. 317.) — **Schabad**. Ein Fall von doppelseitiger combinierter Serra tuslähmung nach Typhus. (Un cas de paralysie double du grand dentelé après fièvre typhoïde.) (*S. P. M. W.*, n° 15, 1909, p. 207.) — **Paisseau** et **Tixier**. Hyperesthésies douloureuses dans la fièvre typhoïde chez une enfant de neuf ans. (*B. S. P.*, mai 1900, p. 262.)

PNEUMONIE. — **Achard** (**Ch.**). Myélite métapneumonique. (*B. S. H.*, XXVI, n° 25, 15 juillet 1909, p. 54.) — **Dévé**. Pneumococcie méningée sans méningite, au cours d'une pneumonie « conjugale ». Guérison. (*Soc. de méd. de Rouen*, 8 fév. 1909. *Nm. M.*, XXV, n° 5, 1er mars 1909, p. 114.) — **Halipré** (**A.**) et **Delabrousse**. Le méningisme dans la pneumonie des enfants. (*R. M. N.*, 10 juin 1909.)

GRIPPE. — **Beaudouin** (**Georges**) et **Chaslin** (**Ph.**). Un cas de délire infectieux grippal. (*E.*, IV, n° 6, 10 juin 1909, p. 575.) — **Rouzé** (**C.**). Psychoses grippales et psychoses catarrhales (*suite et fin*). (*Annales méd.-psychol.*, mai-juin 1909.) — V. **Encéphalites aiguës**.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — **Roger** (**Henri**). Délire critique du rhumatisme articulaire aigu chez un vieillard. (*G. H.*, n° 64, 8 juin 1909, p. 811.) — V. **Épilepsie** : Herbaux.

SCARLATINE. — **Potpeschnigg** (**Karl**). Symmetrische Gangrän nach Scharlach. (*Archiv fur Dermatologie und Syphilis*, XCVI, 1.) — V. **Méningite streptococcique**. **Mastoïdite**.

OREILLONS. — V. **Lésions pédonculaires**.

CHOLÉRA. — **Michailow**. Zur Frage über die Veränderungen des Nervensystems bei der asiatischen Cholera beim Menschen. (*Centralbl. f. Bakteriol.*, 21 mai 1909, p. 200.) — **Schaikewitsch** et **Kakljugin**. Choléra et affections mentales. (*R. V.*, n° 15.)

GONOCOCCIE. — **Barile**. Névrite optique et névrite du moteur oculaire commun par infection gonococcique. (*M.*, 22 mars 1909.) — **Chauffard** (**A.**). Camptodactylie aiguë d'origine gonococcique. (*Re M.*, XXIX, n° 6, 10 juin 1909, p. 489.)

TUBERCULOSE. — **Séglas** et **Lhermitte** (**J.**). Tuberculose : psychose toxi-infectieuse. (*Soc. de psychiatrie*, 24 juin 1909. *E.*, IV, n° 7, 10 juillet 1909, p. 88.) — **Nadejde** (**Gr.**). Lésions des cellules nerveuses observées chez les lapins et les cobayes, tuberculeux à la suite d'injections de tuberculine. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 23, 2 juillet 1909, p. 1110.) — **Nadejde** (**G.**). Hypersensibilisation à la tuberculine des cellules nerveuses situées au voisinage d'un foyer nerveux intracérébral. (*C. R. S. B.*, LXVI, 21, 18 juin, p. 994.) — V. **Méningite tuberculeuse** ; **tumeur cérébrale** ; abcès cérébraux : Roger. **Tumeur du cervelet** : Bruns. **Atrophie musculaire** : Lejonne et Touchard. **Insuffisance surrénale** : Achard et Foix. **Paralysie générale** : Lingois, Wright.

LÈPRE. — **Cassaët.** Lèpre mixte. (*Soc. méd. et chirur. de Bordeaux*, 9 juillet 1909. *J. M. Bo.*, XXXIX, n° 28, 11 juillet 1909, p. 444.) — **Milian.** Lèpre du Cantal à forme de syringomyélie spasmodique. (*B. S. H.*, XXVI, n° 21, 24 juin 1909, p. 1304.) — **Beurmann** (**de**), **Vaucher** et **Laroche** (**Guy**). Deux cas de bacillémie lépreuse et de généralisation viscérale. (*B. S. H.*, XXVI, n° 21, 24 juin 1909, p. 1273.) — **Frugoni.** Syphilis und Lepra. (*Archiv. f. Dermatol.*, XCV, 2 et 3.) — **Koch** (**F.**). Prophylaxie der Lepra. (*M. K.*, 11.) — **Slatineano** (**A.**) et **Danielopolu.** Sur la réaction des lépreux à la tuberculine. (Réponse à la critique de M. Babes, du 18 mars 1909.) (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 25, 16 juillet 1909, p. 149.) — **Truc** (**H.**). Un cas de lèpre oculo-cutanée guéri chez un non-syphilitique par des injections intraveineuses de cyanure de mercure. (*A. Oc.*, CXLI, 6 juin, p. 446.) — **Vignolo-Lutati** (**Carlo**). Sopra un caso di lepra nodosa trattato coi raggi Röntgen. (*M.*, partie I, LI, n° 7, juillet 1909, p. 292.) — **Sugai** (**T.**). Gelungene Uebertragungsversuche mit Lepra bei Säugethieren. (La lèpre inoculée avec succes à des mammifères.) (*Lepra*, VIII, 3 janv. 1909.)

SYPHILIS. — **Mott** (**F.-W.**). An address on the diagnosis of syphilitic diseases of the nervous system. (*B. M. J.*, 12 juin 1909, p. 1403.) — **Davidson.** Syphilis and nervous disease (*I. M. J. A.*, mars 1909, p. 129.) — **Mott** (**F.-W.**). The pathology of syphilis of the nervous system in the light of modern research (Morison lectures). (Syphilis du système nerveux à la lumière des recherches modernes.) (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 13.) — **Schwarz.** Trauma und Lues cerebri. (*S. P. M. W.*, n° 21, 1909, p. 295.) — **Alquier** (**L.**). Sur la genèse des lésions de la moelle dans un cas de syphilis nerveuse à marche rapide. (*Soc. de neur. de Paris*, 10 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 809.) — **Castaguary.** Syphilis cérébrale précoce. (*Soc. méd. chirur. de Nantes*, 12 janv. 1909. *G. M. N.*, 27 fév. 1909, p. 170.) — **Plaut** et **Alzheimer.** Die syphilitischen Geistesstörungen. (*Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater*, 1er et 2 juin 1909.) — **Merle** (**Pierre**). Atrophie musculaire progressive spinale, syphilitique. (*Soc. de neur. de Paris*, 10 juin 1909. *R. N.*, XVII, n° 12, 30 juin 1909, p. 809.) — **Spiller** et **Martin.** Epilepsia partialis continua occurring in cerebral syphilis. Report of case with operation. (*J. A. M. A.*, 12 juin 1909, p. 1921.) — **Goyon** (**de**). Attaque épileptiforme syphilitique. (*Annales d'hyg. et de méd. coloniales*, n° 2, 1909, p. 346.) — **Wandel.** Ueber luetische Gefässkrisen. (Sur les crises vasculaires syphilitiques.) (*Mediz. Gesells. in Kiel*, 13 mars 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 21, 25 mai 1909, p. 1100.) — **Ferreira** (**Clemente**). Les cris incessants comme symptôme de l'hérédo-syphilis. (*A. M. E.*, n° 5, mai 1909.) — **Dieballa** (**Géza v.**). Heredodegeneration und kongenitale Lues. (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1-2, 25 juillet 1909, p. 149.) — **Babonneix** et **Voisin** (**Roger**). Hérédo-syphilis cérébrale tardive chez deux sœurs. (*G. H.*, LXXXII, n° 79, 13 juillet 1909, p. 1006.) — **Knoblauch.** Ueber die Differentialdiagnose der Hirnlues. (Diagnostic différentiel de la syphilis cérébrale.) (*XXXIV Versamml. der südwestdeuts Neurol. u. Irrenarzte* in Baden-Baden, 22 mai. *N. C.*, 13, p. 725.) — **Frotscher** et **Becker.** Ein Kasuistischer Beitrag zur Diagnose der Hirnsyphilome. (Diagnostic du syphilome cérébral.) (*B. K. W.*, XLVI, n° 29, 19 juillet 1909, p. 1347.) — **Ravaut** (**P.**). Le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise et héréditaire. (*Rev. mens. de méd. int. et de thérapeut.*, 15 juin 1909.) — **Jousset** (**André**) et **Paraskevopoulos** (**P.-P.**). De la variabilité du complément et des causes d'erreur dans le syphilo-diagnostic par la réaction de fixation. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 24, 9 juillet 1909, p. 22.) — **Browning** (**C.-H.**) et **M'Kenzie** (**I.**). Modifications of serum and organ extract due to physical agencies, and their effect on the Wassermann syphilis reaction. (*J. P. B.*, XIII, 1909, p. 325.) — **Toyosumi.** Ueber die Natur der Komplementbindenden Stoffe bei Lues. (La nature des substances capables de fixer le complément, au cours de la syphilis.) (*W. K. W.*, n° 21, 1909, p. 747.) — **Obregia** et **Bruckner.** Résistance à la putrefaction de l'anticorps syphilitique. (*C. R. S. B.*, LXVI, 1909, p. 482.) — **Kirschbaum.** Die Wassermann-Neisser-Bruck'sche Reaktion bei Syphilis. (*D. M. Z.*, f. 12, 1909.) — **Hancken.** Beitrag zur Serodiagnostik der Syphilis. (*I. D.*, Göttingen.) — **M'Kenzie** (**Ivy**). The serumdiagnosis of syphilis. (*J. P. B.*, XIII, 1909, p. 311.) — **Beaussart.** Le séro-diagnostic de la syphilis (réaction de Wassermann). Son application à la neurologie et à la psychiatrie. (*Thèse de Paris*, 22 juillet 1909.) — **Donati** et **Satta.** Natura della reazione di Wassermann. (*Reale Accademia di med. di Torino*, 21 mai 1909.) — **Ferrai.** Recherches sur la réaction de Wassermann. (*Boll. della soc. med. chir. di Modena*, 1909.) — **Bandel.** Die Serodiagnostik der Syphilis. (*Aerztlicher Verein in Nürnberg*, 4 fév. 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1513.) — Meyer.

Ueber Wassermann'sche Reaktion (*Wissensch. Verein der Aerzte zu Stettin*. S. du 6 avril 1909.) — **Lesser (Fritz)**. Zur Technik und zum Wesen der Wassermannschen Reaktion. (*B. K. W.*, XLVI, n° 21, 24 mai 1909, p. 974.) — **Zwenigorodsky (Leo)**. Werdegang, Wert und Wesen der Wassermannschen Serodiagnostik. (*I. D.*, Berlin, juin 1909.) **Boas (Harald)**. Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Behandlung der Syphilis. (*H.*, n° 10, 1909.) — **Hauck (L.)**. Zur Frage des klinischen Wertes der Wassermann-Neisser-Bruckschen Syphilisreaktion. (*M. M. W.*, LVI, n° 25, 22 juin 1909, p. 1265.) — **Neisser (A.)**. Ueber die Bedeutung der Wassermannschen Serodiagnose für die Praxis. (*M. M. W.*, LV , n° 21, 25 mai 1909, p. 1076.) — **Kopp**. Ueber die Bedeutung der Wassermannschen Serodiagnose der Syphilis für die Praxis. (*M. M. W.*, LVI, n° 23, 8 juin 1909, p. 1184.) — **Scheuer (Oskar)**. Was leistet zuzeit die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis für die Praxis? (*W. K. R.*, XXIII, n° 23, 6 juin 1909, p. 353.) — **Browning (Carl-Hamilton)** et **M'Kenzie (Ivy)**. On the Wassermann reaction, and especially its significance in relation to general paralysis. (*R. N. P.*, VI, n° 6, juin 1909, p. 391.) — **Much (H.)**. Die praktische Brauchbarkeit der Wassermannschen Reaktion. (Utilisation pratique de la réaction de Wassermann.) (*M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1485.) — **Mauriac (Pierre)**. La séro-reaction de Wassermann peut-elle contrôler le traitement et la guérison de la syphilis? (*J. M. Bo.*, XXXIX, n° 31, 1er août 1909, p. 489.) — **Tommasi (Corrado)**. A proposito di « una propaggine della sierodiagnosi nella sifilide ». (*R. P. N. M.*, XIV, f. 7, juillet 1909, p. 309.) — **Hochne**. Ueber die Bedeutung der positiven Wassermanns'chen Reaktion. (*Dermatol. Zeitschr.*, mai 1909.) — **Bax (Lucien)**. Le séro-diagnostic de la syphilis. (*Gazette medicale de Picardie*, mai 1909, p. 148.) — **Stern (Margarett)**. Eine Vereinfacherung und Verfeinerung der serodiagnostischen Syphilisreaktion. (Procédé pour simplifier et rendre plus précis le sérodiagnostic de la syphilis.) (*Zeitschr. f. Immunitätsforsch.*, I, 10 fév. 1909, p. 422.) — **Meirowsky (E.)**. Ueber die von M. Stern vorgeschlagene Modifikation der Wassermann-A-Neisser-Bruck'schen Reaktion. (Modification de M. Stern dans la réaction de Wassermann-Neisser-Binck.) (*B. K. W.*, XLVI, n° 28, 12 juillet 1909, p. 1310.) — **Mulzer**. Die Weidanz'sche Modifikation der Wassermann'schen Syphilisreaktion (Verwendung geringer Blutmengen) und ihre praktische Verwertung. (*Berliner mediz. Gesells*, 16 juin 1909. *B. K. W.*, XLVI, n° 26, 28 juin 1909, p. 1231.) — **Schlimpert** et **Woswinkel**. Modifikationen der Wassermannschen Serodiagnostik der Syphilis. (*Gesells. f. Natur. u. Heilkunde zu Dresden*, 20 mars 1909). *M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1505.) — **Calmette**. Méthode simple de H. Noguchi pour le séro-diagnostic de la syphilis. (*Ps. M.*, n° 26, 31 mars 1909, p. 226.) — **Fleming (Alex.)**. Une méthode simple de sérodiagnostic de la syphilis. (*L.*, n° 4474, 29 mai.) — **Bruckner (J.)** et **Galasesco (P.)**. La réaction de Hecht. Simplification de la séro-réaction de Wassermann. (*C. R. S. B*, LXVI, 21, 18 juin, p. 988.) — **Kohn**. Ueber die Klausnerche Serumreaction. (Sur la séro-réaction de Klausner.) (*W. K. W.*, n° 18, p. 633.) — **Turchi (G.)**. A proposito della sierodiagnosi della sifilide per mezzo di una reazione cromatica. (*R. P. N. M.*, XIV, f. 7, juillet 1909, p. 303.) — **Schmincke** et **Stoeber**. Zur Kritik der Schurmann'schen Farbenreaktion bei Lues. (*D. M. W.*, n° 21.) — **Meirowski**. Die Schürmann'sche Method des Luesnachweises mittelst Farbenreaktion. (*D. M. W.*, n° 21.) — **Galambos**. Ueber den Wert der Farbenreaktion bei Lues. (*D. M. W.*, n° 22.) — **D'Orsay Hecht**. The treatment of syphilis and parasyphilis of the nervous system. (*M. R.*, 12 juin 1909, p. 1012.) — **Faure (M.)**. Les injections faites de mercure particulièrement dans la thérapeutique du tabes et des lésions nerveuses d'origine syphilitique. (*B. S. I.*, n° 4, avril 1909, p. 113.) — V. **Méningite syphilitique ; tabes ; sclérose en plaques** : Spiller et Woods. **Paralysie générale ; épilepsie** : Guénot. **Lésions de l'oreille interne** : Hennebert. **Hypophyse** : Duperie. **Démence précoce** : Roubinovitch et Levaditi.

ANÉMIE PERNICIEUSE. — **Gordon (Alfred)**. Histological changes of the spinal cord in pernicious anæmia a propos of a case of diffuse degeneration. (*N. Y. M. J.*, 3 juillet 1909, p. 8.)

MALADIES PARASITAIRES OU EXOTIQUES

TRYPANOSOMIASES. — **Kleine**. Weitere Untersuchungen über die Aetiologie der Schlafkrankheit. (*D. M. W.*, n° 29, 1909.) — **Massoglia (A.)** Le infezioni da tripanosoma nella gravidanza e nell' allatamento. (*Pathologica*, I, n° 10, 1909.) — **Brochard (V.)**. Un cas de diagnostic rétrospectif de maladie du sommeil. (*Bull. soc. path. exot.*, II, janv. 1909.) — **Couvy**. Note sur deux cas de maladie du sommeil observés au territoire militaire du Chari-Tchad. (*Ann. hyg. et méd. colon.*, XII, 1909, p. 148.) — **Ensor (Howard)**. Report of investigations carried out in the Bahr-el-Ghazal province on behalf of the Sudan sleeping sickness commission 1907-1908. (Rapport sur la maladie du sommeil au Bahr-el-Ghazal. (*Jour. R. army medic. corps*, XII, 1909, p. 376. *Report wellcome res. labori*, III.) — **Hodges (D.-P.)** et **Bagshawe (A.-G.)**. Observations relating to the transmission of sleeping sickness in Uganda ; the distribution and bionomics of glossina palpalis and to clearing measures. (Transmission de la maladie du sommeil dans l'Ouganda. (*Sleeping sickness bureau*, Londres, janv. 1909.) — **Balfour (A.)**. et **Wenyon (C.-M.)**. Tripanosomiases au Soudan anglo-égyptien. (*3d Report of the wellcome*

research labor.) — **Gennaro** (**Fusco**.) L'aziome di alcuni veleni del sangue nelle tripanosomiasi. (*Ri M.*, XXV, n° 24, 14 juin 1909, p. 645.) — **Martin** (**G.**), **Lebœuf** et **Ringenbach**. Sur le traitement de la trypanosomiase humaine. (*Bull. de la soc. de pathol. exotique* n° 6, 1909, p. 308.) — **Maja** (**Antonio**). Les processus d'involution du trypanosome du surra après l'injection d'émétique et d'atoxyl. (*C. R. S. B.*, LXVII, n° 27, 30 juill. 1909, p. 242.

PALUDISME. — **Corletti** (**U.**). Speciale reperto nella sostanza cerebrale di individui morti per perniciosa malarica. (*Rendiconti della R. Accad. dei Lincei*, XVIII, 7 fév. 1909.)

BÉRI-BÉRI. — **Giemsa** (**G.**). Die experimentellen Untersuchungen von Dr. Schaumann uber die Aetiologie der Beri-Beri. (*Aerztlicher Verein zu Hamburg*, S. du 11 mai 1909.) — **Jeanselme** (**E.**). A propos d'une épidémie de béri-béri observée à Casablanca par MM. Saltet et Legrand. (*Ps. M.*, n° 64, 11 août 1909, p. 571.) — **Ramaldi** (**P.**). Un'epidemia di beri-beri fra i marinai e fra gli uomini della R. Nave « M. A. Colona ». (*A. M. N. C.*, f. 1, 2, 1909.) — **Saltet** et **Legrand**. Une épidémie de béri-béri. (*Ps. M.*, n° 61, 31 juill. 1909, p. 545.) — **Yamaguchi**. Zentralskotom bei Beriberi. (*K. M. A.*, mai 1909, p. 517.) — **Dieren** (**van**). Beri-Beri. (*Tijdschr voor Geneesk.*, n° 16.) — **Fletcher**. Rice and Beri-Beri. (*Journ. Trop. Med.*, mai 1909, p. 127.)

PELLAGRE. — **Wahl** (**L.**) et **Carle** (**F.**). La question de l'origine aspergillaire de la pellagre. (*E.*, IV, n° 6, 10 juin 1909, p. 563.) — **Watson** (**J.-J.**). Pellagra. (*N. Y. M. J.*, 8 mai 1909, p. 936.) — **Sofer**. Pellagra in Oesterreich. (*T. Mh.*, n° 4.) — **Cole**. Transfusion dans la pellagre. (*J. A. M. A.*, n° 8.) — **Camurri** (**V.-L.**). La diagnosi precoce della pellagra. (*Rivista Pellagrogica Italiana*, IX, 1909.) — V. **Acromégalie** : Mollow.

INTOXICATIONS

MERCURE. — **Lautier** et **Parouty**. Intoxication mercurielle : stomatite, exanthème scarlatiniforme, asphyxie des extrémités. (*Soc. anat. et physiol. normales et pathologiques de Bordeaux*, 8 fév. 1909. *J. M. Bo*, XXXIX, n° 20, 16 mai 1909, p. 314.)

PLOMB. — **Weiser** (**Martin**). Zur Kenntnis der Sehstörungen bei Bleivergiftung. (Troubles de la vue dans l'intoxication saturnine.) (*I D.*, Leipzig, 1909.) — **Vandegrift**. Un cas de rétinite due probablement à l'intoxication saturnine. (*M. R.*, 6 mars 1909.) — **Decastello** (**Von**). Goutte saturnine. (*Wissenschaftl. Aerzteges. in Innsbruck*, 5 fév. 1909.) — **Hellmer**. Krankenvorstellung (congenitale Bleivergiftung?) (Intoxication saturnine congénitale.) (*Gesells. der Charité-Aerzte*, 27 mai 1909. *B. K. W.*, XLVI, n° 29, 19 juill. 1909, p. 1377.) — **Turner**. Intoxication saturnine dans l'enfance. (*B. M. J.*, n° 2519.) — **Niemann**. Ueber Vergiftungen mit bleihaltigem Brodmehl in Negenborn (Kreis Holzminden.) (Sur les empoisonnements par de la farine plombifère à Nogenborn.) (*Archiv f. Hygiene*, LXIX, f. 3, 1909.) — **Trautmann** (**Arno**). Zur Diagnose der Bleivergiftung aus dem Blute. (Diagnostic de l'intoxication saturnine par le sang.) (*M. M. W.*, LVI, n° 27, 6 juill. 1909, p. 1371.) — **Peigney**. Étude comparative des globules rouges au cours de la colique de plomb. (*Thèse de Paris*, 8 juill. 1909.) — **Carles** (**Jacques**). Les abcès de fixation dans le saturnisme. (*G. S. M. B.*), 20 juin 1909, p. 290.)

ATOXYL. ARSACÉTINE. — **Simonot**. Contribution à l'étude de l'intoxication expérimentale par l'atoxyl. (*Thèse de Bordeaux*, 28 juill. 1909.) — **Igersheimer** (**J.**). Ueber die Atoxylvergiftung mit besonderer Berücksichtigung der Wirkung auf das Sehorgan. (Intoxication par l'atoxyl, son action sur l'œil.) (*Naturhistorisch. Medizinischer Verein zu Heidelberg*, 11 mai 1909. (*D. M. W.*, n° 26, 1909.) — **Coppez** (**H.**). Sur les accidents oculaires produits par l'atoxyl. (*C. O.*, 10 juin 1909, p. 273.) — **Schwarz** (**Ed.**). Ueber Atoxyl-Polyneuritis und Atoxyl-Amblyopie. (*S. P. M. W.*, n° 16, 1909, p. 223.) — **Röthig** (**Paul.**) Untersuchungen am Zentralnervensystem von mit Arsacetin behandelten Mäusen. (*Frankfurter Ztschr. f. Pathol.*, III, f. 2, 1909.) — **Paderstein**. Augenerkrankungen (Opticusatrophie) durch Atoxyl (und Arsacetin) (Affections oculaires, atrophie optique par atoxyl et arsacétine.) (*B. K. W.*, XLVI, n° 22, 31 mai 1909, p. 1023.)

OXYDE DE CARBONE. — **Chauffard** (**A.**) et **Troisier** (**Jean**). Hémiplégie oxycarbonée avec réaction méningée secondaire, d'origine corticale. (*B. S. H.*, XXVI, n° 21, 24 juin 1909, p. 1296.)

IODOFORME. — **Sauvineau**. Amblyopie iodoformique. (*C. O.*, 10 juill. 1909.)

ALCOOL. — **Valtorta** (**Dario**). Sugli accessi psicopatici da intossicazione alcoolica. (*R. I. N.*, II, f. 6, juin 1909, p. 260.) **Donelan**. Acoholic insanity. (*Canad. practitioner*, juin 1909, p. 353.) — **Donelan**. Clinical lecture on alcoholic insanity. (*M. P.*, 12 mai 1909, p. 470.) — **Soukhanoff** (**Serge**). L'alcoolisme symptôme des psychonévroses constitutionnelles. (*R. Ps.* XIII, n° 7, juill. 1909, p. 379.) — **Forgue** (**Émile**) et **Jeanbrau** (**Émile**). La mort par délirium tremens post-traumatique. (*Ps. M.*, n° 59, 24 juill. 1909, p. 523.) — **Papadaki** (**A.**). Quelques cas de délire alcoolique atypique. (*E.*, IV, n° 8, août 1909, p. 135.) — **Ransom** (**Walter**). The results of drug treatment in 500 cases of delirium tremens. (*J. A. M. A.*, 17 mai 1909, p. 1224.) — **Bonnet** (**L.-M.**). Sur une forme d'érythème exsudatif, paraissant propre aux grands alcoo-

diques. (*L. M.*, n° 27, 4 juill. p. 3.) — **Berkley.** Lesions of the nerve cell and vascular diseases produced by acute experimental alcoholic poisoning. (*Bull. Johns Hopkins Hosp.*, mai 1909, p. 139.) — **Bing.** Alterations musculaires d'origine alcoolique. (*Soc. suisse de neur.*, 13, 14 mars 1909. *M. K.*, n° 17.) — **Williams** (T. A.). The psychological basis of inebriety. (*N. Y. M. J.*, 24 avril 1909, p. 833.) — **Kermorgant** (A.). L'alcoolisme, dans les colonies françaises. (*Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, n° 6, 1909, p. 330.) — **Drenkhahn.** Das Verhalten der Alkohoberkrankungen zu den geistes-und Nervenkrankheiten in der Annee. (*Deutsche militärargtl. Zeitschr.*, f. 10.) — **Rosenwasser.** A plea for the establishment of hospitals for the rational treatment of inebriates. (Pour l'établissement d'hôpitaux pour le traitement rationnel de l'alcoolisme.) (*M. R.*, 8 mai 1909, p. 795.) — **Ligue rouennaise contre l'alcoolisme.** Bulletin de juin 1909. — V. **Paralysie radiale** : Einsler. **Fugues** : Benon et Froissart. **Assistance aux aliénés.**

TABAC. — **Rosi** (**Alessandro**). Sui differenti metodi per lo studio sperimentale degli effetti del fumo di tabacco. (*Ri. M.*, XXV, n° 31, 2 août 1909, p. 850.) — **Lavagna** (**Salvatore**). Su alcuni segni dell' intossicazione tabagica cronica. (*M.*, part. 2, LI, n° 34, 15 juin 1909, p. 529.) — **Tomaselli.** Azione del tabacco sul polso irregolare respiratorio. (*Soc. med.-chir. di Pavia*, 4 juin 1909.) — **Richon** (**L.**) et **Perrin** (**M.**). État de squelette chez les lapins ayant subi un retard de développement par intoxication tabagique expérimentale. (*C. R. S. B.*, LXVII n° 24, 9 juill. 1909, p. 00. — **Richon** (**L.**) et **Perrin** (**M.**) Etats des organes génitaux et de quelques organes chez les lapins ayant subi un retard de développement par intoxication tabagique expérimentale. (*Ibid.*, p. 62.)

MORPHINE. — **Fürer.** Morphinismus. (*XXXIV Wanderversammlung der südwestdeutsc. Neurolog. u. Irrenarzte in Baden-Baden.* S. du 22 et 23 mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 656.) — **Friedländer.** La lutte contre le morphinisme. (*M. K.*, n° 15.) — **Schlesinger** (**H.**). Extziehungskuren bei Morphinismus mittels Skopolamin Dionin. (Traitement du morphinisme au moyen de la Scopolamine dionine.) (*Ges. f. inn. Med. Knd ind. in Wien*, 17 juin 1909. *W. M. W.*, 28, p. 1638.) — **Maguin** (**Maurice**). Morphinomanie et morphinisme. (*E. M. N.*, XIII n° 31, 1er août 1909, p. 357.)

COCAINE. **Tarrius.** Intoxication cocaïnique par les muqueuses de la face. (*R. H.*, XXIV, n° 1, juill. 1909, p. 14.)

VÉRONAL. — **Jacobj** (**C.**). Beitrag zur Beurteilung der Filix-und Veronalvergiftung. (*V. G. M.*, XXXVII, f. 2, 1909.)

BADIANE. — **Balthazard** et **Ogier.** Intoxication par l'infusion de badiane. (*Soc. de méd. légale*, 10 mai 1909.)

INTOXICATIONS ENDOGÈNES

URÉMIE. — **Lucangeli** (**G.-L.**). Un caso di emiplégia uremica con autopsia. (*Gli Annali di Ippocrate*, III, 4, 1909.) — **Mancini.** Potere midriatico del liquido céfalo-rachidiano in un caso di uremia acuta. (*R. C. C. M.*, 12 juin 1909, p. 387.) — **Abelous** et **Bardier** (**E.**). Action hypotensive et myotique de l'urine humaine normale. (*Académie des sciences*, 1er juin 1909.)

DIABÈTE. — **Bessonnet.** La rétinite et la névrite diabétiques. (*Le Poitou médical*, XXIV, n° 6, juill. 1909, p. 152.) — **Marc.** Traitement du coma diabétique. (*Le Poitou médical*, XXIV, n° 6, juill. 1909, p. 161.) — **Mironesco** (**Th.**). Sur les lésions histologiques des organes dans le coma diabétique. (*C. R. S. B.*, LXVI, 21, 18 juin, p. 992.)

GOUTTE. — **Taylor** (**James**). Gout in relation to disease of the nervous system. (*Practitioner*, juill. 1909, p. 59.) — **Pineless** (**E.**). Zur Klinik und Pathogenese der sogenannten Harnsäureschmerzen (Clinique et pathogénie des soi-disant douleurs uratiques.) (*Gesells. der Arzte in Wien*, 4 mars 1909. *W. K. W.*, n° 21, 1909.) — **Brugsch** (**Th.**) Zur Stoffwechselpathologie der Gicht. Die Harnsaüre un Blute, bei der Gicht, ihre Bindungsweise. — Gicht und Leukamie-die Absorption der Harnsaüre durch den Knorpel und ihre Verhinderung. (Pathologie des échanges dans la goutte.) (*Z. E. P.*, VI, f. 1, 1909.)

PSYCHIATRIE

GÉNÉRALITÉS

Régis (**E.**). Précis de psychiatrie (4e édition). (*Doin et Fils*, Paris 1909.) — **Klippel.** Classification biologique des névroses et des psychoses. (*S. M.*, 21 juillet 1909.) — **Bernstein.** Forme et contenu des troubles psychiques. (*Rev. de psych. de neur. et de psychol., expér.* (*russe*), janv.-mai 1909, p. 49.) — **Borvikoff.** Contribution à l'étude des symptômes objectifs des troubles mentaux. (*Journal* (*russe*) *de méd. militaire*, janvier 1909.) — **Sanger Brown.** The insane diathesis. (*J. A. M. A.*, 8 mai 1909, p. 1469.) — **Apelt** (**F.**) Blut-und Pulsdruckmessung n bei

einigen internen und nervösen Leiden. (Mensuration de la pression sanguine et du pouls dans quelques maladies internes et nerveuses.) (*XXXIV Wanderversammlung der südwestdeutsc. Neurolg. u. Irrenärzte in Baden-Baden*. S. du 22-23 mars 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 658.) — **Bolte** (R.). Eine einfache Methode der Auffassungsprüfung. Méthode simple pour la recherche de l'intelligence. (*P. N. W.*, XI, n° 18, 24 juillet 1909, p. 154.) — **Baruk** et **Favennec**. Sur un cas complet de régression. (*Année médicale de Caen*, XXXIV, n° 7, juillet 1909, p. 318.) — **Raecke**. Gehorsamsverweigerung und Geiseskrankheiten. (Refus d'obéissance et maladies mentales.) (*Friedreichs Bl. f. ger. Med.*, LX, 2.) — **Bogdanoff** (F. Th.) Les particularités de la perceptibilité chez les aliénés et l'évolution de cette capacité chez les enfants. (*Rev. de psych., de neur. et de psychol. exper.* (*russe*), janvier-mai 1909, p. 97.) — **Sainclair** (Eric). Presidential adress in the section of neurology and psychiatry of the Australasian medical congress held at Melbourne October 1908. (*J. M. S.*, LV, n° 229, avril 1909, p. 213.) — **Hughes** (G. H.). The error of medical emmanuelism in psychiatry. (*A. et N.*, XXX n° 2, mai 1909, p. 123.) — **Toman** (**Prokop**). Slabomyslné se stanoviska práva civilnijho. *Prvy cesky sjezd pro péci o slabomyslné a skolstvi procmocné v Praze*, 1909, *R. N. P. F.*, V, n° 6-7, juin 1909, p. 336.) — **Kuffner**. Hranice slabomyslnosti. (*Prvy cesky sjezd pro péci o slabomyslné a skolstvi pomocné v Praze*, 1909. *R. N. P. F.*, VI, n° 6, 7 juin 1909, p. 334.) — **Ziska**. O nepravidelnostech ve vyjoji zube a chrupu. (*Prvy cesky sjezd pro péci o slabomyslné a skolstvi promocné v Praze*, 1909. *R. N. P. F.*, VI, n° 6, 7 juin 1909, p. 337.) — **Huttel** (V.). Prazské promocné skoly, jich zactvo a pozadavky s hlediska skolniho lékare. (*Prvy cesky sjezd pro péci o slabomyslné a skolstvi promocné v Praze*, 1909. *R. N. P. F.*, VI, n° 6-7, juin 1909, p. 335.) — **Marie** (A.). Deux cas de troubles mentaux observés chez des électrocutés. (*S. C. M. M.*, II, n° 6, juin 1909, p. 228.) — **Bravo Moreno** (**Fernando**). Retazos de psiquiatria : Se debe consentir el matrimonio entre individuos nervusos y psicopatas ? (*R. F. E.*, n° 76, avril 1909, p. 113.) — **Weygandt** (W.). Psychiatrie und Presse. (*P. N. W.*, VI, n° 16, 10 juillet 1909, p. 137.) — **Donkin** (H. B.). On the certification of mental defectives as proposed by the royal commission. (De la déclaration des troubles mentaux, proposé par la commission royale.) (*J. M. S.*, avril 1909, p. 282.) — **Vocke**. Bemerkungen zur psychiatrischen Reichsstatistik (*Jahresversamm. des Vereins bayerischer Psychiater.*, 1er et 2 juin 1909.) — **Flatau**. Die psychischen Erkrankungen der Schueknder. (*M. K.*, 13 juin 1909, p. 881.) — **Lener**. Le malattie mentali e le correnti migratorie nell' Italia meridionale (cont). (*Ma.*, n° 3, 1908, p. 365.) — **Livi** (R.). Les troubles mentaux dans l'armée italienne. (*Le Caducée*, 6 mars 1909.) — **Butza**. Les troubles mentaux dans l'armée roumaine. (*Ibid.*, 3 avril.) — **Simpson**. Les troubles mentaux dans l'armée anglaise. (*Ibid.*, 20 mars.) — **Bouquet**. Les aliénés en Tunisie (*Thèse de Lyon*, 17 juillet 1909). — **Jude**. Mentalité personnelle et mentalité acquise des soldats du bataillon d'Afrique. (*Le Caducée*, IX, 1909). — **Sichel** (**Max**). Psychiatrisches aus der Literatur und Geschichte des jüdischen Volkes. (*N. C.*, n° 6, 16 mars, 1909, p. 299. — **Ashmead** (**Albert**). War : An incurable mental disease. (*A. et N.*, XXX, n° 2, mai 1909, 128.) (XIII Congresso della Societa freniatrica italiana. (Venezia, 1907. *R. S. F.*, XXXV, f. 1, 1909.

ÉTIOLOGIE. — **Alessandrini** (**Paolo**). Il problema dell' eredita. (*P., Sez. Prat.*, XVI, f. 25 et 27, 20 juin et 4 juillet 1909, p. 773 et 839.) — **Lambert** (**Mlle**). Considérations sur les rapports entre cartaines lésions gynécologiques et les états mentaux. (*Thèse de Lyon*, 27 juillet 1909.) — **Sheila M. Ross**. Menstruation in its relationshif to insanity (Menstruation dans ses relations avec la folie.) (*J. M. S.*, LV, n° 229, avril 1909, p. 270.) — **Stieda**. Ueber die Bedeutung psychischen Ursachen in der Aetiologie der Geisteskrankheiten. (Importance des causes psychiques dans l'étiologie des maladies mentales.) (*S. P. M. W.*, n° 14, 1909, p. 197.) — **Cramer**. Die Ursachen der Nervosität und ihre Bekämpfung. (*M. K.*, 23 mai 1909, p. 759.) — **Oppenheim** (H.). Musik und Nervosität, Nervosität und Musik. Der Musik-salon. (*Marschner*, nos 11, 12, Berlin 1909.) — **Drysdale** Troublés mentaux après trauma. (*J. A. M. A.*, 14.) — **Fanjoux**. Aperçu médico-légal sur la sorcellerie et la magie avec leurs influences actuelles sur le développement des maladies mentales. (*Thèse de Lyon*, 10 juillet 1909.) — **Meyer** (E.). Psychische Erkrankungen bei Eisenbahnbediensteten (psychische Ursachen und psychische Störungen.) (Affections psychiques chez les employés de chemins de fer.) (*Aerztl. Sachverst. Ztg.*, n° 13, 1909). — **Schafer** (**Heinrich**). Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. (Psychiatrie et éducation préventive.) (*D. M. W.*, n° 28, 1909.) — **Alexander** (**William**). Clinical lecture on the direct or indirect effects of surgery or surgical lesions in mental or nervous disturbances. (Sur les effets directs ou indirects de la chirurgie ou des lésions chirurgicales sur les troubles mentaux ou nerveux.) (*M. P.*, 5 mai 1909, p. 444.) — V. **Traumatisme cérébral** : Berliner. **Choléra. Alcoolisme.**

PSYCHO-ANALYSE. — **Felzmann** (J. B.). Contribution à l'étude de la psycho analyse et de la psychothérapie. (*Rev. de psychiat., de neur. et de psychol. exper.* (*russe*), janv.-mai 1909, p. 214.) — **Schultz** (J. H.). Psychoanalyse. (*Zeitsch. für angewandte Psychologie*, II, 1909.) — **Freud** (S.). Analyse der Phobie eines 5 jährigen Knaben. (*Jahrb. f. psycho-analyt. u. psychopath. Forsch.* Wien, 1909, *Franz Deuticke.*) — **Pfister** (O.). Wahnvorstellung und Schülers-

elbstmord. (Auf grund einer Traumanalyse beleuchtet. (Representation délirante et suicide d'un écolier.) (Analyse du rêve.) (*Schweiz-Blätter fur Schulgesundheitspfiege und Kinderschutz*), 1909, n° 1.) — **Freud** (S.). Die Traumdeutung. (*Deuticke*, Leipzig.) — V. **Hystérie.**

PSYCHO-RÉACTION. — **Much** (H.) et **Holzmann** (W.). Eine Reaktion im Blute von Geisteskranken. (Une réaction du sang dans les maladies mentales.) (*M. M. W.*, n° 20, 1909, p. 1001.) — **Much**. Psychoreaktion. (*Aerztlicher Verein zu Hamburg*. S. du 4 mai 1909.) — **Schultz** (J. H.). Untersuchungen über die Much-Holzmannsche Psychoreaktion. (*M. M. W.*, LVI, n° 30, 27 juillet 1909, p. 1528.) — **Plaut** (Félix.). Ueber die von Much und Holzmann beschriebene Kobragifttreaktion bei Geisteskranken. *Ibid.*, p. 1531. — **Zaloziecki** (A.). Zum Wesen der sogenannten « Psychoreaktion »nach Much. (*B. K. W.*, XLVI, n° 38, 26 juill. 1909, p. 1396). — **Eisner** (Georg) et **Kronfeld** (Arthur). Ueber den von Much und Holzmann angenommenen Einfluss des Blutserums von Geisteskranken auf die Kobragifthämolyse. (*M. M. W.* LVI, n° 30, 27 juillet 1909, p. 1527.) — **Hubner** (H.) et **Selter** (H.). Ueber die Much-Holzmannsche Kobragiftreaktion im Blute Geisteskranker. (*D. M. W.*, n° 27, 1909.) — **Beyer** (W.). et **Wittneben** (W.). Untersuchungen über Hemmung der Kobrahämolyse durch das Serum von Geiteskranken und korperlich Kranken. (Recherches, sur l'inhibition de l'hémolyse du cobra par le sérum des malades mentaux et des sujets sains.) (*M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1464.) — **Fraenkel** (C.), **Kathe** et **Bierotte**. Eine Reaktion im Blute von Geisteskranken. (*M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1461.) — **Hirschl** (A.) et **Poetzl** (O.). Ueber das Verhalten verschiedener menschlicher Sera und Blukörperchen bei der Hämolyse durch Kobragift mit besonderer Berücksichtigung der Befunde, bei Psychosen. (Etat des divers sérums humains et des globules dans l'hémolyse par le poison du cobra. Résultat dans les psychoses.) (*W. K. W.*, n° 27, 1909.) — **Geissler**. Die Kobreareaktion. (*M. M.* W., LVI, n° 31, 3 août 1909 p. 1591.) — **Corrado Tommasi**. A proposito di un nuovo metodo di saggio della tossicita del sangue. (*R. P. N.*, XIV, f. 6, juin 1909, p. 241.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Dide**. Altérations médullaires chez les aliénés. (*Ar. N.*, I., n° 5, mai 1909, p. 289.) — **Mott** (F. W.). Statistics relating to the percentage incidence of intracerebral and subdural hæmorrhage and deposit the insane. (*Arch. of Neurol.*, IV, 1909, p. 329.) — **Stewart** (Helen C.). A preliminary note on brain weights and measurements in the insane. (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 297.) — **Homburger** (August). Ueber körperliche Storungen bei funktionellen Psychosen. (Troubles somatiques dans les psychoses fonctionnelles.) (*D. M. W.*, n° 26, 1909.) — **Barbo**. Osteomalacie bei Geisteskranken. (*A. Z. P.*, LXX, f. 2, 1909, p. 249.) — **Thomson** (David). A research into the cranial measurements of the insane, comparing them with those of the sane. (Recherche des mensurations craniennes du fou, comparées à celles du sujet sain.) (*J. M. S.*, n° 229, avril 1909, p. 280.) — **Laignel-Lavastine**. Anatomie pathologique du sympathique et des viscères dans les affections mentales. (*Suite et fin.*) (*Ar. N.*, avril 1909, p. 217.) — **Tirelli**. Studi preliminari sulle ossa di alienati. (*Reale Accad. de med. di Torino*, 11 juillet 1909. (Venezia 1907. *R. S. F.*, XXXV, f. 1, 1909.)

PSYCHONÉVROSES.

Williams (Tom A.). The importance for research and treatment of distinguishing clinical types among psycho-neuroses. (Importance, pour le diagnostic et le traitement, de distinguer des types cliniques parmi les psychonévroses.) (*J. A. Ps.*, avril-mai 1909, p 32.) — **Grasset**. La névropathie psychosplanchnique (psychonévrose du vagosympathique). (*Pr. M.*, XXII, n° 9, 27 février 1909, p. 91.) — **Wyroubeff** (N. A.). Les bases psychologiques de la théorie de Freud sur l'origine des névroses. (*Rev. de psych., de neur. et de psychol. expér.* (russe), janvier, mai 1909, p. 163.) — **Baginsky** (Adolf). De la nervosité des enfants et des enfants nerveux. (*T. G.*, n° 3, mars 1909.) — **Wanke**. Pädagogik in der Behandlung der Neurosen. (*T. R.*, 1909). — **Salzer**. Erwartungsneurosen auf okularem Gebiet. (*Aerztlicher Verein zu München*. S. du 5 mai 1909.) — **Grünwald**. Psychische Erscheinungen im Gebiete der oberen Luftwege. (*Aerztlicher Verein zu München*. S. du 5 mai 1909.) — **Abraham**. Die Stellung der Verwandtenche in der Psychologie der Neurosen. (*Jahrb. f. psychoanal. Forsch.*, I, f. 1, 1909, p. 110.) — **Roux**. L'inanition chez les nerveux. (*J. Pr.*, 15 mai 1909, p. 308.) — **Rankin** (Guthrie). Clinical lecture on the neurotic element in disease. (*B. M. J.*, 5 juin 1909, p. 1337.) — **Lévy** (Paul-Émile). La cure libre et active des névroses. (*Médecine orientale et archives orient. de méd. et de chirur.*, 25 mai 1909, p. 291.) — **Kleint**. Zehn Briefe an Nervenleidende. (*Borggold*, Leipzig, 1909.) — **Stekel**. Dichtung and Neurose. Bausteine zur Psychologie des Künstlers und des Kuntwerkes. (*Bergmann*, Wiesbaden, 1909.)

NEURASTHÉNIE. — **Dubois**. Pathogenese der neurasthenischen Zustände. (*J. A. Barth*, Leipzig, 1909.) — **Soukhanoff**. Sur la cyclothymie et la psychasthénie et leurs rapports avec la neurasthénie. (*A. M. P.*, juillet-août 1909, p. 27.) — **Williams**. Differentiel diagnosis of neurasthenia. (*Arch. of Diagnosis*, janvier.) — **Evans** (Sheldon). Battleship neurastnenie. (Neurasthénie des navires de guerre.) (*The military Surgeon*, 1909, p. 32.) — **Martins**. Neurasthenische Entartung einst und jetzt. (*Deuticke*. Wien, 1909.) — **Vinaj**. L'igiene del neurastenico.

(*Soc. editr. libraria*, Milan, 1909.) — **Fuerstenberg.** Die hydriatische Behandlung der Neurasthenie. (*M. K.*, 13 juin 1909, p. 888.)

HYSTÉRIE. — **Williams** (**T. A.**). The essential character of hysteria. (*M. M. J.*, juin 1909, p. 380.) — **Wchnyder.** Considérations sur la nature de l'hystérie. (*R. M. S. R.*, 20 avril 1909, p. 177.) — **Mills** (**Charles K.**). The differential diagnosis of grave hysteria and organic disease of the brain and spinal cord, especially disease of the parietal lobe (Diagnostic différentiel de l'hystérie grave et des affections organiques du cerveau et de la moelle, spécialement du lobe pariétal. (*J. N. M. D.*, XXXVI, n° 7, juillet 1909, p. 407.) — **Alary.** Considerations sur l'hystérie infantile. (*Thèse de Toulouse*, 10 juillet 1909.). — **Breuer** et **Freud** (**Sigm.**). Studien über Hysterie. (*Franz Deuticke*, Leipzig et Wien, 1909.) — **Freud.** Allgemeines über den hysterischen Anfall (Généralités sur l'accès hystérique.) (*Zeitschr. f. Psychoter. u. med. Psychol.*, I, f. 1, 1909, p. 10.) — **Alvarez y Gomez-Salazar** (**Ramon**). La Nueva Concepcion de la histeria segun M. Babinski. (*R. F. E.*, n° 75, mars 1909, p. 75.) — **Babinski.** A propos d'un travail de M. Ettore Levi intitulé : Quelques nouveaux faits relatifs à un cas d'hystérie avec forte exagération des réflexes tendineux. (*E.*, IV, n° 7, 10 juillet 1909, p. 62.) — **Austregesilo.** Hysteria. (*Typ. do Hospic. nac. de alienados*, Rio de Janeiro.) — **Leszynsky** (**William**). A case of hysterical mutism. (*N. Y. neurol. soc.*, 2 mars 1909. *J. N. M. D.*, XXXVI, n° 7, juillet 1909, p. 419.) — **Gradle.** The blindness of hysteria (La cécité de l'hystérie). (*J. A. M. A.*, LII, n° 17, 24 avril 1909, p. 1308.) — **Diller.** Hysterical blindness. (*Ibid.*, p. 1307.) — **Marinesco** (**G.**). Sur l'aphasie hystérique. (*S. M.*, 30 juin 1909.) — **Rimbaud** (**L.**) et **Anglada** (**J.**). Monoplégie hystérique. (*G. H.*, n° 68, 7 juin 1909, p. 863.) — **Stcherbak** (**A.**). Intervention chirurgicale dans un cas de psychalgie brachiale hystérique, prétendue côte cervicale. (*I. S.*, XXII, n° 3, mai-juin 1909, p. 283.) — **Rimbaud** (**L.**) et **Camus.** Arthropathie hystérique. (Guérison par la suggestion hypnotique). (*Mp. M.*, 16 mai 1909, p. 467.) — **Oeconomakis** (**Milt.**). Zur Frage der Hysterie. Hysterie und Spondylitis, hysterische Ischurie, Simulation. (*N. C.*, XXVIII, n° 15, 1er août 1909, p. 790.) — **Müller de la Fuente.** Pseudoparalysis agitans (hysterica). (*D. M. W.*, n° 23, 1909.) — **Masbrenier** (**Jean**). Pseudo-méningite chez une hystérique de source tuberculeuse. Guérison par psychothérapie. (*Soc. de l'internat des hôp. de Paris*, 24 juin 1909.) — **Klein.** Blasenscheidenfistel als hysterische Selbstverletzung (Fistule vésico-vaginale comme auto-mutilation hystérique.) (*Gynäkologische Gesells. in München*, 17 juin 1909.) — **Gannouschkine** (**P. B.**). Etat mental des hystériques. (*Revue de psych., de neurol. de psychol. expér.* (russe), janv.-mai 1909, p. 1.) — **Bertoldi** (**G.**). Un caso di auto-accusa giudiziaria in un isteroepilettico. (*Regia Accad. med. di Genova.* S. du 10 mai 1909.) — **Binswanger.** Versuch einer Hystérie analyse (1 Teil). (*Jahrb. f. psychoanal. Erforsch.*, I, f. 1, 1909, p. 174.) — **Paul Farez.** Un cas de sommeil hystérique avec personnalité subconsciente (*suite et fin*). (*R. H.*, XXIII, n° 11, mai 1909, p. 335.) — **Chalewski** (**Fanny**). Heilung eines hysterichen Bellens durch Psychonalyse (Guérison d'un aboiement hystérique dans la psycho-analyse). (*Z. N. P.*, XXXII, n° 285, 1909, p. 305.) — **Strümpell** (**Von**). Hysterie mit dem Symptomenbild des sogenannten saltatorischen Reflexkrampfes (Hystérie avec le soi-disant syndrome de convulsion réflexe saltatoire). (*Gesells. f. inner. Mediz. und Kinderh. in Wien*, 17 juin. *W. M. W.*, n° 27. p. 1578.) — **Makelarie** (**H.**). Atac isteric provocat printr' o injectie intra venoasă de colargol. (*S.*, XXIX, n° 11, 1er juin 1909, p. 233.) — **Witry.** Le congrès des « Danseurs de la Pentecôte ». (*R. H.*, XXIV, n° 1, juillet 1909, p. 15.) — **Leppmann.** Ueber den Einfluss der Hysterie auf die Erwerbsfähigkeit vom Standpunkt der Invalidenversicherung. (Influence de l'hystérie sur la capacité de travail, au point de vue de l'assurance contre les accidents.) (*V. G. M.*, Zweites Suppl. Heft. 1909, p. 119.) — **Herhold.** Hysterie und Chirurgie im Heere. (Hystérie et chirurgie dans l'armée). (*D. M. Z.*, f. 5. 1909.)

PATHOMIMIE. — **Pignal.** Un cas de pathomimie. (*Soc. méd. chirur. de la Drôme et de l'Ardèche*, (*Pr. M.*, XXII, n° 9, 27 février 1909, p. 99.) — **Saglier.** Contribution à l'étude des maladies simulées chez les enfants. (*Thèse de Paris*, 8 juillet 1909.) — **Apert** et **Brac.** Pathomimie. Escarres provoquées au moyen de la potasse de commerce par une enfant de quatorze ans. (*Bull. Soc. franç. dermatol. et syphilig.*, XX, n° 4, avril 1909, p. 127.) — V. **Hystérie** : Klein.

HYSTÉRO-TRAUMATISME. — **Brissaud.** Les troubles nerveux post-traumatiques (*suite et fin*). (*B. M.*, XXII, n°s 46-47, 12 et 15 juin 1909, p. 439 et 455.) — **Brissaud.** Les troubles nerveux post-traumatiques au deuxième Congrès international de médecine des accidents du travail. Rome, mai 1909. (*Revue clinique*, II, n° 6, 1er juin 1909, p. 122. *Ps. M.*, n° 59, 24 juillet 1909, p. 521.) — **Schlesinger** (**Erich**). Zur kritischen Symptomatologie der Unfallsneurosen. (*D. M. W.*, n° 19, 1909.) — **Müller** (**G. F. Wilhelm**). Kasuistische Beiträge zur Unfalls-hysterie. (*I. D.*, Rostock, mai 1909.) — **Biondi.** Accertamento e prognosi delle nevrosi in occasione degli infortuni. (*II Congresso med. internaz. per gli infortuni del lavoro*, 23-27 mai 1909.) — **Tamburini** et **Forli.** Per l'accertamento delle nevrosi traumatiche. (*II Congresso med. internaz. per gli infortuni del lavoro*, 23-27 mai 1909.) — **Bleicher** (**P.**). Traumatische Neurosen im Anschlusse an Kopfverletzungen (Névroses traumatiques à la suite de blessures à la tête). (*Der Mili-*

tärarzt, XLIII, n^os 10 et 11, 21 mai et juin 1909, p. 147 et 162.) — **Burr (Charles W.)**. Traumatic hysteria following wounds in the head. (Hystérie traumatique après blessures de la tête.) (*Philadelphia neur. soc.*, 22 janvier 1909.) — **Ollive** et **Le Meignen.** Col nome di neurosi traumatiche in genere gli A. A. intendono tutti gli siati morbosi consecutivi a trauma che allo stato attuale della scienza non si possono ricollegare a modificazioni anatomo, patologiche des S. N. (*II Congresso med. internaz. per gli infortuni del lavoro*, 23-27 mai 1909.) — **Pototzky (Carl)**. Die Verwertbarkeit des Assoziations-versuchs für die Beurteilung der Traumatischen Neurosen (L'importance de l'examen des associations pour le diagnostic des névroses traumatiques). (*M. P. N.*, XXV, f. 6, juin 1909, p. 521.)

PSYCHOSES PRIMITIVES

Rosenfeld. Zur Differentialdiagnose funktioneller endogener Psychosen. (*Journal f. Psychol., u. Neurol.*, XIV, f. 1, 2, mai 1909, p. 1.) — **Dana (Charles L.)**. La psychose zoophylique; une maladie moderne, avec des observations. (*M. R.*, n° 2000, 6 mars 1909, p. 381.) — V. **Alcoolisme** : Soukhanof.

PSYCHOSE MANIAQUE-DÉPRESSIVE. — **Bumke (Oswald)**. Ueber die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. (Sur la délimitation de la psychose maniaque dépressive.) (*Z. N. P.*, XXXII, n° 287, juin 1909, p. 381.) — **Hakkebouche.** De la psychose maniaque depressive. (*Comptes rendus de l'asile psychiatrique de Kharkoff*, 1909, p. 77.) — **Sevestre.** Contribution à l'étude statistique de la pychose périodique. (*Thèse de Paris*, 23 juill. 1909.) — **Krohn (E.)**. Pour la connaissance des psychoses périodiques. (*Finska läkaresäll handl.*, 1909, p. 91.) — **Courbon (Paul.)**. États mixtes de psychose maniaque dépressive. Manie dépressive et manie taquine. (*E.*, IV, n° 6, 10 juin 1909, p. 555.) — **Ennen.** Paranoïa oder manisch-depressives Irresein? (*Z. N. P.*, XXXII, n° 288, juin 1909, p. 434.) — **Dubourdieu.** Des délires de persécution symptomatique de psychose périodique. (*Thèse de Bordeaux*, 18 juill. 1909.) — **Ducosté (M.)**. Deux malades atteints de psychose maniaque-dépressive. (*A. H. P.*, juill. 1909, p. 11.) — **Jakob (A.)**. Zur Klinik und pathologischen Anatomie der « Kreislaufpsychose. » (*XXXIV. Wandersammlung der sudwestdeutsch. Neurolog. u. Irrenarzte in Baden-Baden.* S. des 22-23 mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 662.) — **Hosslin.** Beiträge zum Verlauf und Ausgang des manisch-depressiven Irreseins. (*Jahresversamm. des Vereins bayerischer Psychiater*, 1^er et 2 juin 1909.) — **Delmas (A.)**. Troubles portant sur la personnalité chez une malade atteinte de psychose périodique. (*Soc. de psychiatrie*, 24 juin 1909. *E.*, IV, n° 7, 10 juill. 1909, p. 101.) — **Vogt.** Apperzeptive Sehschwäche bei manisch-depressiven Irresein. (*Zeitschr. f. Psychother. u. med. Psychol.*, I, 1, p. 14.) — **Zendiz.** Beiträge zur Differentialdiagnose der Dementia præcox und des manisch-depressiven Irreseins auf Grund Katamnestischer Forschungen. (*Jahresversamm. des Vereins bayerischer Psychiater*, 1^er et 2 juin 1909.) — **Deny (G.)** et **Merklen (Prosper)**. Goitre exophtalmique et psychose maniaque-dépressive. (*Soc. de psychiatrie*, 24 juin 1909. *E.*, IV, n° 7, 10 juill. 1909, p. 84.) — **Taubert.** Ueber Indicanurie beim manisch-depressiven Irresein (*Nordostdeutscher Verein f. Psychiat. in Danzig.*, 5 juill. 1909.) — **Beckman.** Glycosurie dans la mélancolie périodique. (*Ned. Tijdschr. voor Genesk.*, n° 12.) — **Rehm.** Ergebnisse der Untersuchung von Kindern manisch-depressiven Kranken. (Recherches sur les enfants de maniaques dépressifs. (*Zeitschr. f. d. Erforsch. d. jugend. Schwachsinns*, III, f. 1, 1909, p. 1.) — **Hopp (Fritz)**. Zur pathologischen Anatomie der periodischen Psychosen. (*A. P. N.*, LXIV, f. 1.) — V. **Hydrothérapie.**

CYCLOTHIMIE. — V. **Neurasthénie** : Soukhanof.

MÉLANCOLIE. — **Berger (Hans)**. Klinische Beiträge zur Melancolie-Frage. (*M. P. N.*, XXVI, f. 2, août 1909, p. 95.) — **Corcket.** Melancolie avec idées de culpabilité. Influence de l'éducation sur la folie. (*Année Med. de Caen*, XXXIV, n° 5, 1^er mai 1909, p. 221.) — **Bresler.** Relig. Schuldbewusstsein. (État de culpabilité religieuse. (*Zeitschr. für Religionspsych.*, III, 1.) — **Weber.** Arteriosklerotische Verstimmungs-Zustände. (*44 Wanderversammlung des Vereins der Irrenarzte Niedersachens u. Westfalens in Hannover.* S. du 1^er mai 1909. *N. C.* XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 667.) — V. **Abcès méningé.**

MANIE. — **Ballet (Gilbert)** et **Charpentier (René)**. Statistique sur la fréquence des récidives des accès de manie. (*Soc. de psychiatrie*, 27 mai 1909. *E.*, IV, n° 6, 10 juin 1909, p. 601.) — **Lallemant (C.)** et **Dupouy (R.)**. Statistique des cas de manie observés à l'asile Saint-Yon. (*Soc. de psychiatrie*, 27 mai 1909. *E.*, IV, n° 6, 10 juin 1909, p. 602.) — **Lopez (Gustavo)**. Un caso curado de mania aguda. (*R. F. E.*, n° 7, 6 avril 1909, p. 97.) — **Bellini.** Caso di mania acuta grave prontamente guerita colle produzione di ascessi artificiali provocati da inezioni ipodermiche di olio essenziale di trementina. (*Rassegna di Clinica e Terapia*, mars 1909.) — **Kleist.** Ueber psychomotorische Erregungszustände. (*Jahresversamm. des Vereins bayerischer Psychiater.*, 1^er et 2 juin 1909.) — **Kleist.** Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. (*Klinkhardt*, Leipzig, 1909.)

PARANOIA. DÉLIRE DE PERSÉCUTION. — **Wilmanns.** Die Klinische Stellung der Paranoia.

XXXIV. Wanderversammlung der südwestdeutsch. Neurolog. u. Irrenarzte in Baden-Baden. S. des 22 et 23 mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 661.) — **Mercklin.** Bemerkungen zur Paranoiafrage. (*Nordostdeutscher Verein f. Psychiat. in Danzig*, 5 juillet 1909.) — **Joffroy** et **Dupouy.** Paranoïa. Folie progressive et délire de persécution. (*E.*, IV, n° 6, 10 juin 1909, p. 529.) — **Hermann.** Ueber die Klinische Bedeutung des physikalischen Verfolgungswahns. (Sur la signification clinique du délire de persécution physique.) (*A. Z. P.*, LXVI, f. 2, 1909, p. 261.) — **Chaslin** et **Collin.** — Délire de persécution et de grandeur mystique avec hallucinations visuelles chez un débile. (*A. M. P.*, juill.-août 1909, p. 15.) — V. **Psychose maniaque-dépressive** : Ennen ; Dubourdieu ; Ducoste.

PSYCHOSE D'INDUCTION, DÉLIRE D'INTERPRÉTATION. — **Müller** (Herm.) Ein Fall von induziertem Irresein nebst anschliessenden Erörterungen. (*P. N. W.*, XI, n° 12, 2 juin 1909, p. 105.) — **Rœbiger** (**A**.). Psychose und Induktionspsychose. (*D. M. W.*, 24 juin 1909, p. 1094.) — **Pailhas** (**B.**) Délire de systématisation et d'interprétation doctrinale. (*E.*, IV, n° 6, 10 juin 1909, p. 542.) — **Leroy** et **Fassou.** Délire d'interprétation chez les deux sœurs. (*S. C. M. M.*, II, n° 6, juin 1909, p. 209.)

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE. — **Wickel.** Pflege bei halluzinische Verwirrtheit. (*Die Irrenpflege*, n° 11.) — **Crinon.** Un cas de psychose hallucinatoire. (*Soc clin. de méd. ment.*, 19 avril 1909. *R. Ps.*, XIII. n° 5, mai 1909, p. 287.)

DÉLIRE DE JALOUSIE. Meyer. Ueber Eifersuchtswahn. (*Verein f. wissensch. Heilkunde zu Konigsberg i. Pr.* S. du 17 mai 1909.)

CONFUSION MENTALE. — **Claude** (**Henri**) et **Lévi-Valensi.** Syndrome confusionnel avec négativisme secondaire. (*Soc. de psychiatrie*, 27 mai 1909. *E.*, IV, n° 8, août 1909, p. 127.) — **Pactet.** Confusion mentale consécutive à un traumatisme chez un jeune homme de vingt ans. (*Soc. clin. de méd. ment.*, 19 avril 1909). *R. Ps.*, XIII, n° 5, mai 1909, p. 270.)

DÉMENCE PRÉCOCE. — **Bianchini** (**Lévi**). Sur les variétés cliniques de la démence primitive (Dementia præcox.) (*R. N.*, XVII, n° 14, 30 juill. 1909, p. 900.) — **Claude** (**H.**) et **Touchard** (**P.**). Contribution à l'étude des états démentiels juvéniles. (*Soc. de psych.atrie*, 24 juin 1909. *E.*, IV, n° 7, 10 juill. 1909, p. 71.) — **Udine** (**F. J**). Contribution à l'étude de la démence précoce. (*Rev. de psych. de neur., de psychol. expér.* (*russe*), janv.-mai 1909, p. 209.) — **Alvarez** et **Salazar** (**G**). Psychoses toxi-infectieuses et démence précoce. (*S. C. M. M.*, II, n° 6, juin 1909, p. 229.) — **Roubinovitch** (**J.**) et **Levaditi.** Rôle de la syphilis dans l'étiologie de la démence précoce. (*C. R. S. B.*, LXVI, n° 19, 4 juin, p. 880. *G. H.*, n° 62, 1er et 3 juin 1909, p. 790.) — **Birnbaum** (**Karl**). Dementia praecox und Wahnpsychosen der Degenerativen. (Démence précoce et psychoses délirantes des dégénérés.) (*Z. N. P.*, XXXII, n° 288, juin 1909, p. 429.) — **Pascal** (**Mlle**) et **Nadal** (**F.**). Un cas d'ictus avec aphasie motrice et agraphie chez un dément précoce. (*E.*, IV, n° 8, août 1909, p. 164.) — **Baccelli** (**M.**). Tic aerofagico e demenza precoce. (*R. I. N.*, II, f. 7, juill. 1909, p. 299.) — **Tomaschny** et **Meyer.** Die Korperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. (Aspect physique de la démence precoce.) (*Nordostdeutscher Verein f. Psychiat in Danzig*, 5 juill. 1909.) — **Pfersdorf.** Katamnesen der Dementia praecox. (*XXIV. Versammlung der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenarzte in Baden-Baden*, 22 mai. *N. C.*, 13, p. 728.) — **Pichini** (**Giacomo**). The organic metabolismin in dementia praecox. (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 220.) — **Harper Smith** (**G. H.**) et **Rae Gibson.** — A bacteriological examination of the cerebro-spinal fluid in dementia præcox. (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 244.) — **Klippel** et **Lhermitte** (**J.**). Anatomie pathologique de la démence précoce. (*Soc. de psychiatrie*, 27 mai 1909. *E.*, IV, n° 6, juin 1909, p. 612.) — **Zimmermann.** Histologische Befunde der Dementia praecox. (*Voss.* Hamburg, 1909.) — **Waldemar Koch** et **Sydney Mann.** A chemical study of the brain in healthy and diseased conditions, with especial reference to dementia præcox. (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 174.) — **Forster.** Forensische Erfahrungen bei dementia praecox. (Étude médico-légale dans la démence précoce.) (*V. G. M.*, Zweites Suppl. Heft, 1909, p. 162.) — V. **Psychose maniaque-dépressive** : Zendiz.

STUPEUR CATATONIQUE. — **Westphal** (**A.**). Weitere Beobachtungen über im Katatonischen Stupor beobachtete Pupillenphänomene nebst einem Erklärungsversuch der « Katatonischen Pupillenstarre ». (Observations sur le phénomène pupillaire observé dans la stupeur catatonique avec recherche sur l' « immobilité pupillaire catatonique ».) (*D. M. W.*, n° 23, 10 juin 1909, p. 1001.)

PYCHOSES SECONDAIRES

Hermkes. Ueber psychische Infection. (*44. Wanderversammlung des Vereins der Irrenarzte Niedersachsens u. Westfalens in Hannover.* S. du 1er mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 13, 16 juin 1909, p. 668.) — V. **Infections, polynévrite**, etc.

PSYCHOPATHIES CONGÉNITALES OU INFANTILES.

IDIOTIE. — **Herfort.** Anatomie pathologique de l'idiotie. (*Časop. lék. česk.*, 14 et 15.) —

Marr (**Hamilton**). Microcephalic idiocy. (*R. N. P.*, VII, n° 7, juillet 1909, p. 437.) — **Calévras** (**Cl.**). Sur un cas de maturité précoce chez une idiote. (*Ar. N.*, juin 1909, p. 373.) — **Raviart** (**G.**) et **Cannac** (**R.**). Vingt-huit nouveaux cas d'idiotie avec autopsie. (*E. M. N.*, XIII, n° 22, 30 mai 1909, p. 253.)

IDIOTIE MONGOLIENNE. — **Meltzer.** Ueber mongoloide Idiotie. (*Mediz. Gesells. zu Chemnitz*, 5 mai 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 31, 3 août 1909, p. 1617.) — **Sutherland, Poynton, Langmead, Guthrie** et **Fletcher.** Imbecility of the mongolian type. (*Proc. Roy. Soc. of. Med.*, mai 1909, p. 187.) — **Babonneix.** Contribution à l'étude anatomique de l'idiotie mongolienne. (*A. M.-E.*, juillet 1909, p. 497.) — **Suchsland** (**Otto**). Die mongoloide Idiotie. (*I. D.*, Berlin, juin 1909.) — **Biach** (**Paul**). Zur Kenntnis des Zentralnerven-systems beim Mongolismus. (Système nerveux central dans le mongolisme.) (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1, 2, 25 juillet 1909, p. 7.) — **Hellmann.** Anatomische Studien über den Mongolismus. (*A. K.*, XLIX; f. 5-6, 1909.)

IDIOTIE AMAUROTIQUE. — **Parhon** (**C.**) et **Goldstein** (**M.**). Un cas d'idiotie amaurotique type Tay-Sachs. (*R. N.*, XVII, n° 14, 30 juillet 1909, p. 895.) — **Schikawa.** Zu dem Aufsatze Stocks : « Bemerkung über familiäre amaurotische idiotie. » (*K. M. A.*, avril 1909, p. 432.) — **Schaffer.** Ueber die Anatomie und Klinik der Tay-Sachsschen amaurotisch-familiären Idiotie mit Rücksicht auf verwandte Formen. (Anatomie pathologique et clinique de l'idiotie familiale amaurotique de Tay-Sachs, revue des formes voisines.) (*Zeitschr. f. d. Erforsch. d. jugend. Schwachsinns*, III, f. 1 et 2, 1909, p. 19 et 147.) — **Wandlers.** Amaurotic family idiocy. *N. Y. M. J.*, 8 mai 1909, p. 953.) — **Poynton.** A clinical lecture on amaurotic idiocy. (*B. M. J.*, 8 mai 1909, p. 1106.) — **Jansky** (**J.**) O familiárních odrůdách idiotu. (*Prvý český sjezd pro péči o slbaomyslné a skolstvi pomocné v Praze*, 1909 *R. N. P. F.*, VI, n°s 6, 7, juin 1909, p. 385.)

IMBÉCILLITÉ, DÉBILITÉ MENTALE. — **Fernald** (**Walter**). The imbecile with criminal instincts. (*A. J. I.*, LXI, n° 4, avril 1909, p. 789.) — **Friedländer.** Imbezillität und sogen. Moral insanity. (*Wissenschaftliche Vereinigung am stadt. Krankenhaus zu Frankfurt*, 5 janvier 1909.) — **Nadoleczny.** Ueber Sprachstörungen bei schwachsinnigen Kindern. (*Münchener Gesells. f. Kinderheilkunde*, 7 mai 1909.) — **Becker** (**Th.**). Ueber Simulation von Schwachsinn. (*K. P. N.*, IV, 1, p. 69.) — **Herderschee.** Recherches sur les débiles (*Tijdschr voor Geneesk*, n° 11.) — **Rejtö.** Rhino-otologische Untersuchungen bei Schwachbegabten Kindern. (*P. M. C. P.*, n° 13.) — **Heller** (**Th.**). Schwachsinnigenforschungen. (*Hoches Samml. zwangl. Abh.*, VIII, f. 6.) — **Dawson.** The Irish recommendations of the Royal Commission on the care and control of the feeble-minded. (Les recommandations en Irlande de la commission royale pour les soins et le contrôle des débiles mentaux.) (*D. J. M. S.*, mai 1909, p. 330.) — **Büttner.** Ausschluss zum Rechtsschmitze für die geistig Minderwertigen. (*Zeitschr. f. d. Erforsch. d. jugend. Schwachsinns*, III, f. 1, 1909, p. 14.) — **Potts.** The origin of the feeble-minded. (*Birmingham Med. rev.*, mars 1909, p. 121.) — **Zichen.** Die Erkennung des Schwachsinns im Kindesalter. (Diagnostic de la débilité mentale dans l'enfance.) (*Karger*, Berlin, 1909.) — **Laurent.** Quelques mots sur l'arriération mentale. (*Soc. normande d'hyg. prat.*, 18 mai 1909, *Nm. M.*, XXV, n° 12, 15 juin 1909, p. 214.) — V. **Épilepsie** : Stewart. **Délire de persécution** : Chaslin et Collin.

DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE. — **Francisco** et **Ferrer.** Apuntes clinicos : cómo reacciona el cerebro de los degenerados à los trastornos somáticos. (*R. F. E.*, n° 75, mars 1909, p. 88.). — **Steynes** (**H.**). Untersuchungen über Degenerations-zeichen an 350 geisteskranken Frauen. (Recherches des signes de dégénération chez 350 malades mentales femmes.) (*I. D.*, Göttingen.) — **Betz.** Iet sover Karakter en psyschische Degeneratie. (*N. T. G.*, 19 juin, p. 2032.) — **Birnbaum** (**K.**). Simulation und vorübergehende Krankheits-zustände auf degenerativem Boden. (Simulation et états morbides passagers sur terrain dégénératif.) (*Aerztliche Sachverst. Zeitung*, 1909, n° 3.) — **Paris** (**Alexandre**). Leçons de psychiatrie. Caractères de dégénérescence et aliénations mentales (types) relevant surtout d'une constitution originelle anormale. (*Maloine*, Paris, 1909.) — V. **Démence précoce** : Birnbaum. **Épilepsie** : Fillassier. **Médecine légale.**

DÉMENCES ORGANIQUES

Charpentier (**René**) et **Nathan** (**Marcel**). Etude du langage musical d'un musicien professionnel dément organique par lésion circonscrite. (*Soc. de psychiatrie*, 24 juin 1909. *E.*, IV, n° 7, 10 juillet 1909, p. 96.) — **Benon.** Les ictus amnésiques dans les démences organiques. (*A. M. P.*, mars-avril 1909.) — **Truelle.** Paralysie générale tardive ou démence organique par lésions multiples. Lymphocytose positive. (*S. C. M. M.*, II, n° 6, juin 1909, p. 180.)

PARALYSIE GÉNÉRALE. — **Plaut** (**Félix**) et **Fischer** (**Oskar**). Dies Lues-Paralyse Frage. Rapports sur la paralysie générale et la syphilis. (*Jahresversamml. des deutschen Vereins f. Psychiatrie in Köln u. Bonn.*, 23 et 24 avril. *A. Z. P.*, LXVI, f. 2, 1909, p. 340.) — **Landsbergen** (**F.**). Paralyse und Unfall, ein Kritischer Beitrag. (Paralysie générale et accident.)

(*I. D.*, Göttingen.) — **Lingois** (**Mlle**). Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale. (Paralysie générale tuberculeuse.) (*Thèse de Paris*, 16 juillet 1909.) — **Wright**. Immunité contre la tuberculose des paralytiques généraux. (*J. A. M. A.*, n° 9.) — **Vigouroux** et **Naudascher**. Des lésions circonscrites dans la paralysie générale. (*R. Ps.*, XIII, n° 5, mai 1909, p. 241.) — **Piassetzkaia**. De la paralysie générale. (*Comptes rendus de l'asile psychiatrique de Kharkoff*, 1909, p. 71.) — **Mickle** (**Julius**). Note on general paralysis. (*J. M. S.*, LV, n° 229, avril 1909, p. 268.) — **Kraepelin**. 4 Fälle von juveniler Paralyse. (*Jahresversamm. des Vereins bayerischer Psychiater*, 1er et 2 juin 1909.) — **Trommer**. Un cas de démence paralytique infantile. (*Aerztl. Verein zu Hamburg*, 25 juin.) — **Buchholz**. Démence paralytique avec poliomyélite antérieure. (*Aerztl. Verein zu Hamburg*, 25 juin.) — **Marchand** (**L.**). Paralysie générale infantile. (*S. C. M. M.*, n° 6, juin 1909, p. 220.) — **Clavière**. Contribution à l'étude de la paralysie générale chez frères et sœurs. (*Thèse de Bordeaux*, 16 juin 1909.) — **Mc. Dowall** (**Colin**) Conjugal general paralysis. (*J. M. S.*, LV, n° 229, avril 1909, p. 321.) — **Mann** (**Artur**). Die Diagnose des Initialstadiums der progressiven Paralyse. (*Der Militärarzt*, n° 12, 25 juin, p. 177.) — **Rodiet** (**A.**) et **Pansier** (**P.**). Lésions du fond de l'œil et troubles visuels chez les paralytiques généraux. (*A. G. M.*, mai 1909, p. 274.) — **Pranz**. The knee jerk in Paresis. (*A. J. I.*, LXV, n° 3.) — **Joffroy** et **Mignot**. Les symptômes psychiques de second ordre dans la paralysie générale. (*R. Ps.*, juin 1909, p. 307.) — **Trénel**. Paralysie générale amaurotique. (*Soc. clin. de méd. ment.*, 19 avril 1909. *R. Ps.*, XIII, n° 5 mai 1909, p. 281.) — **Roubinovitch** (**Jacques**) et **Paillard** (**Henri**). La mort subite dans la paralysie générale au début. (*Ps. M.*, n° 45, 5 juin 1909, p. 409.) — **Collin** (**André**). Un cas de mort avec hypothermie dans la paralysie générale. (*A. M. P.*, juillet-août 1909.) — **Dunlap** (**Charles B.**). Histological studies of cases of general paresis of long duration. (*N. Y. Neur. soc.*, 2 fév. 1909.) — **Karpas** (**Morris J.**). General paralysis of an unusually long duration, with a report of two cases, one with necropsy. (*N. Y. neur. soc.*, 2 fév. 1909.) — **Marie** (**A.**) et **Bourilhet**. Paralysie générale prolongée. (*Soc. clin. de méd. ment.*, 19 avril 1909. *R. Ps.*, XIII, n° 5, mai 1909, p. 297.) — **Steudemann** (**Hans**). Ein Paralytiker als Mörder. (Paralytique général meurtrier.) (*I. D.*, Berlin, juin 1909.) — **Willamson**. Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale. (*L.*, n° 4467.) — **Boyd** (**William**). Case of general paralysis of the insane with extraordinary lymphocytosis in the cerebro-spinal fluid. (*B. M. J.*, 5 juin 1909, p. 1351.) — **Jones** (**Ernest**). The proteid content of the cerebro-spinal fluid in general paralysis. (*R, N. P.*, VII, n° 6, juin 1906, p. 379.) — **Candler** (**J.-P.**). Abacteriological investigation of general paralysis. (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 136.) — **Alt** (**Konrad**). Behandlungsversuche mit Arsenophenylglyzin bei Paralytikern. (Recherches sur le traitement des paralytiques par l'arsénophénylglycine.) (*M. M. W.*, LVI, n° 29, 20 juillet 1909, p. 1457.) — **Malherbe** (**Henri**), **Fortineau** (**L.**) et **Fortineau** (**G.**). Traitement spécifique et paralysie générale. Faut-il traiter les malades? (*G. M. N.*, 22 et 29 mai 1909.) — **Pilcz** (**Alexander**). Ueber die Behandlung der progressiven Paralyse durch den Hausarzt. (Traitement de la paralysie générale par le médecin de famille.) (*W. M. W.*, LIX, n° 29, 17 juillet 1909, p. 1666.) — V. **Ponction lombaire. Syphilis. Tics** : Marchand. **Tabes** : Suntheim, Ross. **Sclérose en plaques** : Benoist.

DÉMENCE SÉNILE. — **Hughes** (**C.-H.**). The Therapeutic staying of age and the recuperability of the senile and the senile dement. (*A. et N.*, XXX, n° 2, mai 1909, p. 137.)

ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

Stoupine (**S.-S.**). Nouvelles tendances du traitement et de l'assistance publique des alcooliques en Allemagne. (*Rev. de psych., de neur., et de psychol. expér.* (*russe*), janv.-mai 1909, p. 108.) — **Anaut** (**Cornelio**). Un Manicomio Modelo en México. (*R. F. E.*, n° 75, mars 1909, p. 93.) — **Starlinger** (**Josef**). Zum Ausbau des Anstaltswesens. (*P. N. W.*, XI, nos 15 et 16, 3 et 10 juillet 1909, p. 129 et 139.) — **Rastégaeff** (**P.-J.**). Les asiles psychiatriques aident-ils à la guérison des aliénés? (*Rev. de psych., de neur. et de psychol. expér.* (*russe*), janv.-mai 1909, p. 61. *Psychiatrie contemporaine* (*russe*), fév.-mars 1909.) — **Baller**. Sind Isolierräume und Einzelzimmer in der modernen Behandlung Geisterkranker unter allen Umständen überflüssig geworden? (Les chambres d'isolement sont-elles devenues, dans le traitement moderne des maladies mentales, superflues dans toutes les circonstances?) (*A. Z. P.*, LXVI, f. 2, 1909, p. 332.) — **Bucholz**. Hamburger Irrenfürsorge. (*Austria*, Wien.) — **Urquhart** (**A.-R.**). On the treatment of the insane in the great general hospitals. (*J. M. S.*, LV, n° 229, avril 1909, p. 254.) — **Maudsley** (**Henri**). A mental hospital. Its aims and uses. (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 1.) — **Woltär**. Aus der Anstaltpraxis. (*P. M. W.*, n° 11.) — **Dubief** (**F.**). Le régime des aliénés. (*Rousset*, Paris, 1909.) — **Mörchen**. Beiträge zur Methodik der Sondenernährung bei Geisterkranken. (Nourriture à la sonde chez les aliénés.) (*P. N. W.*, XI, n° 13, 19 juin 1909, p. 113.) — **Hamel**. Essai critique d'une thérapeutique de l'agitation et de l'insomnie chez les aliénés vésaniques. (*Thèse de Nancy*, juillet 1909.) — **Schlöss**. Leitfaden f. Irrenpfleger. (*Deuticke*, Leipzig et Vienne.) — **Ilberg** (**Georg**). Der Lehrer an der Heil-und Pflegeanstalt. (*P. N. W.*, XI, n° 20, 7 août 1909, p. 169.) — **Munter**. Aerztliches Anforderungen an das

Krankenpflegepersonal bei Nerven-und Geisteskranken. (*Zeitschr. f. Krankenpflege*, n° 4, avril 1909, p. 105.) — **Rodiet** (**A.**). Du choix du personnel infirmier des asiles parmi les pupilles de l'Assistance publique. (*Annales méd. psychol.*, mai juin, 1909.) — **Charuel**. Rapports entre les médecins en chef et les directeurs administratifs. (*L'Informateur*, IV, n° 7, 25 juillet 1909, p. 190.) — **Archambault** (**Paul**). Rapports entre les médecins des quartiers d'hospices et les commissions administratives. (*L'Informateur*, p. 198.) — **Garnier** (**Samuel**). Des rapports entre les médecins directeurs, les médecins en chef et les commissions de surveillance. (*L'Informateur*, p. 203.) — **Charon**. Recrutement du personnel infirmier dans les établissements d'aliénés. (*L'Informateur*, p. 208.) — **Ley** (**Aug.**). Rapport sur le service médical du sanatorium du Fort Jaco, à Uccle. (*S. M. M. Be.*, n° 145, juin 1909. p. 159.) — **Rizor**. Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der in den Anstalten befindlichen über 14 Jahre alten Fürsorgezöglinge Westfalens. (*Zeitschr. f. d. Erforsch. d. jugend. Schwachsinne*, III, f. 2, 1909, p. 129.) — **Mott** (**F.-W.**). Tuberculosis in the London county asylums. (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 70.) — **Clark** (**Geoffrey**). A short account of the incidence of dysentery at Long Grove asylum from its opening. (*Arch. of neurol.*, IV, 1909, p. 316.) — **Wickel** (**C.**). Familienpflege Geisteskranker bei Irrenpflegern. (*P. N. W.*, X, n° 49, 27 fév. 1909, p. 417.) — **Prosoroff** (**L.**). Les patronages familiaux des aliénés à Moscou. (*Revue* (*russe*) *de psychiatrie, de neurol. et de psychol. expériment.*, n° 1, 1909.) — **Hockauf** (**Anton**). Ein Besuch der Epileptikerkolonie Ewell und der Irrenanstalten Long Grove und Hanwell in London. (Visite à la colonie épileptique d'Ewell et à l'établissement d'aliénés de Long Grove et de Hanwell de Londres.) (*D. Z. N.*, XXXVII, f. 1, 2, 25 juillet 1909, p. 162.) — **Seely**. Ueber psychiatrische Beobachtungsstationen für Fürsorgezöglinge. (*Zeitschr. f. Psychoth. und med. Psychol.*, I, 2, p. 65.) — **Rixen** (**Peter**). Fürsorge für kriminelle Geisteskranke. (*P. N. W.*, XI, n° 11, 5 juin 1909, p. 98.) — **Montgomery Mosher** (**J.**). A consideration of the need of better provision for the treatment of mental disease in its earlay stage. (*A. J. I.*, LXV, n° 3, janv. 1909, p. 499.)

ASSISTANCE INFANTILE. PROPHYLAXIE SCOLAIRE. — **Bullard**. The placing out of high grade imbecile girls. (*B. M. S. J.*, 17 juin 1909, p. 776.) — **Vogt**. Psychiatrie und Hilfsschule. (*7. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands*, 13 avril 1909.) — **Wendenburg**. Fürsorgeerziehung und Psychiatrie. (*44 Wanderversammlung des Vereins der Irrenarzte Niedersachsens u. Westfalens in Hannover*. S. du 1er mai 1909. *N. C.*, XXVIII, n° 12, 16 juin 1909, p. 671.) — **Ellison**. The acquisition of technical skill. (*Pedag. Seminary*, mars 1909, p. 49.) — **Loewy**. Beobachtungen und Untersuchungen an den Kindern der Hilfsschulklassen in Meiningen. (*I. D.*, Leipzig, avril 1909.) — **Leubuscher**. Der Arzt in der Hilfsschule. (*Vom 7. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands*, 13 avril 1909.) — **Flatau**. Die psychischen Erkrankungen der Schulkinder. (*M. K.*, 23 et 24.) — **Friedjung** (**Josef K.**). Die sexuelle Aufklärung der Kinder. (*Wien et Leipzig*, 1909.)

MÉDECINE LÉGALE

Fiore (**U.**). Manuale di psicologia giudiziaria. (*Lapi*, Castello, 1909.) — **Dolsa y Ramon** (**Luis**). Concepto de la degeneración y responsabilidad legal de sus productos mentales. (*R. F. E.*, n° 75, mars 1909, p. 65.) — **Tredgold**. Criminal responsibility of aments. (*C. J.*, 19 mai 1909, p. 96.) — **Claus**. La responsabilité humaine devant l'expertise médicale. (*S. M. M. Be*, n° 145, juin 1909, p. 129.) — **Gross** (**O.**). Ueber psychopatische Minderwertigkeiten. (*Braumüller*, Wien et Leipzig, 1909.) — **Ingegnieros**. Nueva definición del delito. La delincuencia natural. La función del derecho penal. (*A. P. C.*, mars-avril 1909, p. 207.) — **Zuccarini** (**E.**). El atorrantismo y la solidaridad social. (*A. P. C.*, VIII, avril-mai 1909, p. 221.) — **Puppe**. Die Kriminalistische Bedeutung der Rekonstruktion zertrümmerter Schädel vor der Hauptverhandlung (*V. G. M.*, Zweites Suppl. Heft, 1909, p. 9.) — **Senet** (**R.**). La dactiloscopia y la herencia. (*A. P. C.*, VIII, mai-avril 1909, p. 185.) — **Veyga** (**Thomàs de**). Absolucion por delito pasional. (*A. P. C.*, VIII, janv.-fév. 1909, p. 107.) — **Drago** (**A.-J.**). Estudio sobre identidad personal. (*A. P. C.*, VIII, mai-avril 1909, p. 177.) — **Stockis** (**Eugenio**). La identificacion judicial y la filiación internacional. (*Gaceta médica Catalana*, 1909.) — **Foster** (**Burnside**). A suggestion concerning the increased longevity of life insurance « policy-holders ». (*A. N.*, XXX, n° 2, mai 1909, p. 148.) — **Reiss**. Zur Psychopathologie der Brandstifter. (*Jahresversamm. des Vereins bayerischer Psychiater*, 1er et 2 juin 1909.) — **Siemerling** (**E.**). Geisterkrankheit und Verbrechen. (Psychopathie et crime.) (*A. Hirschwald*, Berlin, 1909.) — **Voisin** (**Jules**). Recherches sur la délinquance juvénile. (*R. H.*, XXIII, n° 12, juin 1909, p. 360.) — **Vallon**. Trois précoces assassins. (*A. A. C.*, 15 mai 1909, p. 336.) — **Duprat** (**G.-L.**). La criminalité dans l'adolescence. (*Alcan*, Paris, 1909.) — **Brosch**. Die Selbstmörder. (*Deuticke*, Leipzig et Wien, 1909.) — **Cevidalli** (**A.**). Unerwartete Todesursache bei einem Selbstmörder. (Cause inattendue de mort chez

un suicidé.) (*V. G. M.*, XXXVII, f. 2, 1909.) — **East** (**Guy Rowland**). An unusual method of suicide. (*J. M. S.*, LV, n° 229, avril 1909, p. 324.) — **Plempel**. Zur Frage des Geisteszustandes der heimlich Gebärenden. (État mental des femmes accouchant secrètement. (*V. G. M.*, Zweites Suppl. Heft, 1909, p. 163.) — **Reignier**, **Monestier** et **Vernet**. Amnésie et folie simulée : épilepsie et somnambulisme allégués : expertise médico-légale. (*A. M. P.*, mai-juin, p. 383.) — **Sobolewski**. Sur le vagabondage. (*Obosren psich.*, n° 1, 1909.) — **Benon** et **Froissart**. Vagabondage et simulation. (Une observation.) (*A. H. P.*, mars 1909.) — **Régis**. Les fugues militaires au point de vue médico-légal. (*Le Caducée*, 3 juillet 1909.) — **Haury**. Les déserteurs à l'étranger. (*E.*, IV, n° 8, août 1909, p. 147.) — **Ilberg** (**Georg**). Irrenärztliche Wünsche zur neuen Strafprozessordnung. (*Die Grenzboten*, LXVIII, 1909.) — **Nacke**. Strafrechtsreform und Abtreibung. (*Archiv. f. Kriminalanthropol.*, XXXIII, 1909, p. 95.) — **Homburger** (**A.**). Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener. (Sort des malades mentaux condamnés.) (*XXIV. Versamml. der südwestdeutschen Neurolog. u. Irrenärzte*, in Baden-Baden, 22 mai. *N. C.*, 13, p. 727.) — **Klein**. Gefahren der Untersuchungshaft. (*Zeitschr. f. Medizinalb.*, n° 6.) — V. **Épilepsie**. **paralysie générale**. **Démence précoce**. **Alcolisme** : Forgues et Jeanbreau. **Assistance aux aliénés**. **Hystérie** : Bertoldo.

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — V. **Tabes** : Schonfeld, Turrey-Piallat. **Troubles de la sensibilité** : Sicard. **Hystérie** : Leppmann. **Hystéro-traumatisme**.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE. — **Prout Webb** (**T.**). The legal duties and responsabilities of the medical profession in matters of lunacy. (*J. M. S.*, LV, n° 229, avril 1909, p. 243.) — **Legrain**. De la responsabilité médicale dans la rédaction des certificats. (*Soc méd-psychol.*, 26 avril 1909.) — **Rixen**. Ein gefälschtes psychiatrisches Gutachten. (Un rapport psychiatrique falsifié). (*P. N. W.*, XI, n° 10, 29 mai 1909, p. 93.)

PERVERSION SEXSUELLE

Havelock (**Ellis**). Études de psychologie sexuelle. II. L'inversion sexuelle. Édition française par **A.** Van Geunep. (*Mercure de France*, Paris, 1909.) — **Hughes** (**C-H.**). Lecherous degeneracy and asexualization or sequestration. (*A. N.*, XXX, n° 2, mai 1909, p. 168.) — **Merzbach**. Die Krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. (*Hölder*, Wien et Leipzig, 1909.) — **Scheuer** (**O.**). Zur Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im wege des Strafrechtes (La lutte contre les perversions sexuelles par les moyens pénaux.) (*W. K. W.*, n° 27, 1909.) — **Gaupp**. Zur Psychologie sexueller Perversitäten, mit Vorstellung eines Lustmörders und Kritischen Bemerkungen über Vergeltungsstrafe und Schutzstrafe. (*Medizi-Naturwissensch. Verein Tübingen*, 15 fév. 1909. *M. M. W.*, LVI, n° 21, 25 mai 1906, p. 1103.) — **Moty** (**F.**). De la sexualité dans l'espèce humaine. (*E. M. N.*, XIII, n° 29, 18 juillet 1909, p. 334.)

THÉRAPEUTIQUE

PSYCHOTHÉRAPIE

Bérillon. La psychothérapie et les méthodes de rééducation. (*R. H.*, XXIV, n° 1, juillet 1909, p. 2.) — **Bérillon**. L'évolution dans la thérapeutique des psycho-névroses : La psychothérapie et les méthodes de rééducation. (*R. H.*, XXIII, n° 12, juin 1909, p. 354.) — **Lewandowsky**. Zur Entwicklung der neurologischen Therapie. (*Ther. Monatsh.*, mai-juin 1909, p. 248 et 317.) — **Dubois**. Psychologie und Heilkunst. (*B. K. W.*, XLVI, n° 25, 21 juin 1909, p. 1149.) — **Stegmann**. Arbeit als Kurmittel in der Psychoterapie. (*F. M.*, n°s 11-12, 1909, p. 417-449). — **Marcinnowski**. Die Bedeutung der Weltanschanungsprobleme in der Heilkunst. (*Ztschr. f. Psychoter.*, I, f. 3, 1909, p. 129.) — **Eschle**. Die Erziehung Zur. Arbeit und durch Arbeit als souveränes Mittel der psychischen Therapie. (*Ztschr. f. Psychoter. u. med. Psychol.*, I, f. 1, 1909, p. 15.) — **Williams** (**A.**). The difference between suggestion and persuasion. The importance of the distinction. (*A. et N.*, XXX, n° 2, mai 1909, p. 158.) — **Gota** (**Antonio**). Tratamiento psicológico del balbucco en los timidos. (*R. F. E.*, n° 76, avril 1909, p. 109.) — **Goldsbury**. The principles of therapeutics by sense culture. (*B. M. S. J.*, 1er juillet 1909, p. 17.) — **Witry**. Un grand suggestionneur allemand. (*R. H.*, XXIII, n° 11, mai 1909, p. 339.) — V. **Psychoanalyse**. **Psychonévroses**. **Physiologie**. **Troubles urinaires**.

HYPNOTISME. — **Hilger** (**V.**). Die Hypnose und die Suggestion. (*Fischer*, Iéna, 1909.) — **Schaffer**. Zur Technik der hypnotischen Behandlung. (*Ztschr. f. Psychoter. u. med. Psychol*, 1, f. 1, 1909, p. 69.) — **Jovie** (**Paul**). Méthodes pour l'emploi de l'hypnotisme. Quelques faits de la clinique de psychothérapie de Lille. (*R. H.*, XXIV, n° 1, juillet 1909, p. 23.) — **Régis**. Deux cas d'onanisme chez des enfants traités par la suggestion hypnotique. (*R. H.*, XXIII, n° 12, juin 1909, p. 366.) — **Bouchard** (**E.**). L'anesthésie hypnotique en art dentaire. (*R. H.*, XXIV, n° 1, juillet 1909, p. 29.)

MATIÈRE MÉDICALE

ACIDE FORMIQUE. — **Bertoldi** (G.). Il formiato di sodio e di feiro negli ammalati di mente è-di sistema nervoso. (*An. N.*, XXVII, f. 1-2, p. 85.)

ACOÏNE. — **Brunetière.** L'acoïne, ses incompatibilités ; son mode d'emploi comme analgésique dans les injections sous-conjonctivales et intramusculaires. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 27 juin 1909.)

ASPIRINE. — **Block** (Feodor). Untersuchngen über Aspirin, Novaspirin und Aspirophen. (*I. D.*, Berlin, juin 1909.)

BROMURAL. — **Bernstein** (A. N.). Bromural comme moyen auxiliaire de la psychothérapie, (*Rev. de psych., de neur. et de psychol. expér.* (*russe*), janv.-mai 1909, p. 225.)

CAFÉINE. — **Lemaire** (P.). Les solutés officinaux de caféine et leur danger. (*J. M. Bo.*, XXXIX. n° 19, 9 mai 1909, p. 293.)

SABROMINE. — **Ohl** (W.). Ueber Sabromin. (*I. D.*, Leipzig, avril 1909.)

SULFATE DE MAGNÉSIE. — **Saingery.** Le sulfate de magnésie dans le traitement du tétanos, de la chorée et de certaines affections nerveuses. (*J. M. I.*, 30 mai et 20 juin 1909.) — V. **Tétanos.**

THIOSINAMINE. — **Lavrand** (H.). Deux cas de guérison par la thiosinamine. (*J. S. M. L.*, 15 mai 1909, p. 457.)

VÉRONAL. — **Fischer** (Ph.) et **Happe** (J.). Das Verhalten des Veronals (Veronal-Natriums) im menschlichen Körper. (*M. M. W.*, LVI, n° 28, 13 juillet 1909, p. 1429.) — V. **Intoxications.**

ANTISPASMODIQUES. — **Smith** (Eustache). Remarks on antispasmodics and the cure of spasms (*B. M. J.*, 8 mai 1909, p. 1104.)

INJECTION D'ALCOOL. — **Hofmann** (Rud.). Alkoholinjektion des Nervus laryngeus superior. (Injection d'alcool dans le nerf laryngé supérieur.) (*16 Versammlung des Vereins deuts. Laryngologen.*) — **Harzis** (Wilfred). The alcohol injection treatment for neuralgia and spasm (L., 8 mai 1909, p. 1310.)

OPOTHÉRAPIE

Hallion (L.). Les conceptions directes de l'opothérapie. (*Rev. mens. de méd. int. et de thérapeut.* 15 juillet 1909.) — **Lemaire.** Sur les prescriptions organothérapiques. (*J. M. Bo.*, 4 juillet 1909, p. 421.) — V. **Glandes à sécrétion interne.**

ADRÉNALINE. — **Josué** (O.). Sur l'emploi thérapeutique de l'adrénaline. (*B. S. H.*, XXVI, n° 18, 27 mai 1909.) — **John** (M.). Klinische Erfahrungen über intravenöse Suprareninin-jektionen bei schweren Herz-und Gefäss-Kollapsen. (Injections intraveineuses de suprarénine dans le collapsus grave du cœur et des vaisseaux. (*M. M. W.*, LVI, n° 25, 15 juin 1909, p. 1211.) — **Kothe** (R.). Du traitement des états de collapsus avec les injections d'adrénaline intraveineuses. (*T. G.*, n° 2, février 1909.) — V. **Physiologie. Anesthésie.**

AGENTS PHYSIQUES

HYDROTHÉRAPIE. — **Simacek.** Novy pristoj ku leceni horkym vzduchem. (Nouvel appareil pour douches tièdes.) (*R. N. P. E.*, VI, n° 6, 7 juin 1909, p. 298.) — **Frey.** Hydriatische Behandlung von Erregungszustände. (*P. M. C.*, n° 17.) — **Baup** (F.). La douche-massage. (*C.*, IV, n° 30, 23 juillet 1909, p. 474.) — **Baraduc** (F.), **Bernard** (F.), **Binet** (M. E.), **Cottet** (J., Furet (L.), Piatot (A.), Sersiron (G.), Simon (Cl.), Tardif F.). (*Climage hydrologique.* Paris, 1909. *Masson* et C^ie^.) — **Gardette** (Victor). Annuaire des eaux minérales (stations thermales et climatiques, sanatoriums de la France et de l'étranger. (*Maloine*, Paris, 1909.) — **Eulenburg.** Hydroelektrotherapie. (*Zeitschr. f. Balneol.*, II, 1 et 2.) — **Miramond** et **Laroquette.** Action et emploi thérapeutique de la douche d'air chaud. (*R. M. E.*, 15 juin 1909, p. 369.)

ÉLECTROTHÉRAPIE. **Nogier.** Electrothérapie. (Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot.) (*Baillière*, Paris, 1909.) — **Allaire** (G.). Traitement de la paralysie infantile et des névrites avec réaction de dégénérescence par l'électro-mécanothérapie. (*G. M. N.*, 5 juin 1909. p. 444.) — **Turpain** (Albert). Indications des mesures et instruments de mesures préconisés dans l'application médicale des courants de haute fréquence. (*Journal des sciences méd. de Poitiers*, n° 1, 1909, p. 24.) — **Durand** (E. J.). Appareil électromagnétique à champ variable pour applications galvaniques. (*A. E. M.*, 25 mai 1909.) — V. **Névralgie faciale** : Méret. **Paralysie infantile** : Marqués. **Mal perforant** : Lacapère. **Voltaïsation. Zona. D'Arsonvalisation. Maladie de Reynaud. Arythmie.**

PHOTHOTÉRAPIE. — **Rémy-Roux.** Photothérapie. Analgesie par la lumière bleue. (*Soc. de méd. de Vaucluse. Pr. M.*, XXII, n° 9, 27 février 1909, p. 97.) — **Scheuer** (Oskar). Ueber einen Fall von Masturbation beim Weibe, hervogerufen durch Pruritus genitalium (Heilung durch

Uviollichtbehandlung.) (Sur un cas de masturbation chez la femme occasionné par un prurit génital, et guéri par la photothérapie.) (*M. M. W.*, LVI, n° 25, 22 juin 1909, p. 1276.)

CHIRURGIE

CHIRURGIE DU SYSTÈME NERVEUX. — **Robertson** (**Carlos**). Cirugia del sistema nerviosio. (*A. P. C.*, mars-avril 1909, p. 129.) — **Frazier**. Problems and procedures in cranial surgery. (*J. A. M. A.*, 5 juin 1909, p. 1805. — **Oppenheim** (**H.**) et **Krause** (**F.**). Beiträge zur Neuro-Chirurgie. Ueber zwei operativ Geheilte Falle von Geschwülsten am Halsmark. (*Suite et fin.*) (*M. M. W.*, LVI, n°s 21 et 22, 25 mai et 1er juin 1909, p. 1077 et 1135.) — **Löwe** (**Ludwig**). Zur Freilegung der Hypophysis. (*N. C.*, XXVIII, n° 11, 1er juin 1909, p. 573.) — **Küstner** (**O.**). Rhachiotom-Rhachiotomie. (*Z. G.*, n° 29, 1909.) — **Quervain** (**de**). Ueber Trepanations-und Laminektomiezangen. (*Z. C.*, n° 18, 1909.) — **Krause** (**F.**) Operationen an Ruckenmarck und peripherischen Nerven. (*Zeitschrift fur ärztl., Fortbild.*, n°s 7 et 8.) — **Lesayeux.** De la voie paraorbitaire pour atteindre le trijumeau intracranien. (*Thèse de Bordeaux*, 26 février 1909.) — **Mastrosimone** (**F.**). Taglio Unico per la resezione del ganglio di Gasser della 2a e 3a branca del trigemino e per l'allucciatura del tronco della meningea media. (Incision unique pour la résection du ganglion de Gasser des 2e et 3e branches du trijumeau, et la ligature du tronc de la méningée moyenne. (*P.*, Sez. chirur. XVI, f. 7, juillet 1909, p. 305.) — **Percy Sargent.** Nerve-root Grafting. (Greffe de racines nerveuses.) (*Proc. Roy. Soc. of med.*, avril 1909, p. 149.) — **Tubby.** Three cases of nerve grafting.) (Trois cas de greffes nerveuses.) (*Proc. Roy. Soc.*, avril 1909, p. 144.) — **Tilmann.** Ueber Fazialis-Hypoglossus-Aanastomose. (*Allgemeneir ärztlicher Verein zu Köln*, 15 mars 1909.) — **Keiffer.** De l'élongation des nerfs utérins chez la femme. (*La Gynécol.*, mai 1909, p. 207.) V. **Tumeurs cérébrales. Tumeurs médullaires. Névralgie du trijumeau. Paralysie faciale.**

PONCTION CÉRÉBRALE. — V. **Tumeurs cérébrales** : Bernhardt.

PONCTION LOMBAIRE. — **Wicart.** Le drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien en état d'infection. (*Le Médecin praticien*, V. n° 28, 13 juillet 1909, p. 437.) — **Eckert.** Die Behandlung der Keuchhusten-Krämpfe mittels Lumbalpunktion und Uebergiessungsbädern. (*M. M. W.*, LVI, n° 31, 3 août 1909, p. 1595.) — V. **Procédés d'examen clinique. Amblyopie** : Ravaut. **Lésions de l'oreille interne** : Mollard.

CHIRURGIE MUSCULAIRE. — **Selberg** (**F.**). Quadrizepsplastisk. (*D. M. W.*, n° 29, 1909.) — V. **Paraplégie spasmodique** : Rose.

ERRATA

Dans la « Liste des abrévations », lire :

A. G. P., Archiv für die gesammte Psychologie, au lieu de *Physiologie.*

Am. M., American medicin, au lieu de *Am. N.*

B. S. M. H., Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, au lieu de *B. S. H.*

F. M., Fortschritte der Medizin, au lieu de Fortschrift...

J. C. N. P., Journal of comparative neurology and psychology, au lieu de *psychiatry.*

Q. J. E. P., Quaterly journal of experimental physiology, au lieu de *psychology.*

Dans le fascicule 2, lire :

P. 35 : *Lipschutz*, Ermüdung und, etc. (*Zeitschr. für allgem. Physiol.*), au lieu de *Z. A. P.*

P. 36 : *Fillié*, Studien über... *idem* ; et *Thorner*, Die Ermüdung... *idem.*

P. 67 : *Schwalbe*, Lehrbuch der Greiskrankheiten (Traité des maladies des vieillards), au lieu de *Geistenkrankheiten.*

Nota. — *Le prochain fascicule de l' « Index bibliographique » paraîtra le 25 décembre 1909.*

IMPRIMERIE DE J. DUMOULIN, A PARIS